

**SUOMALAISEN HOITOTYÖN LUOKITUSKOKONAI-
SUUDEN LÄÄKEHOITO- JA TURVALLISUUS -
KOMONENTTIEN KÄYTTÖ HOITOTYÖN KIRJAAMI-
SESSA**

Arvioita käyttäjäpalautteista

Leila Konkola-Loikkanen

Pro gradu -tutkielma

Sosiaali- ja terveydenhuollon
tietohallinto

Itä-Suomen yliopisto

Sosiaali- ja terveysjohtamisen
laitos

Toukokuu 2014

ITÄ-SUOMEN YLIOPISTO, yhteiskuntatieteiden ja kauppatieteiden tiedekunta,
sosiaali- ja terveysjohtamisen laitos, sosiaali- ja terveydenhuollon tietohallinto

KONKOLA-LOIKKANEN, LEILA Suomalaisen hoitotyön luokituskokonaisuuden
Lääkehoito- ja Turvallisuus -komponenttien käyttö hoitotyön kirjaamisessa
Arvioita käyttäjäpalautteista

Pro gradu -tutkielma, 63 sivua, 5 liitettä (17 sivua)

Ohjaajat: TtT Anneli Ensio, YTM Sirpa Kuusisto-Niemi, TtT Ulla-Mari Kinnunen

Toukokuu 2014

Avainsanat: hoitotyön kirjaaminen (YSA), terminologia (YSA, FinMeSH), luokitus (YSA, FinMeSH), lääkehoito (YSA, FinMeSH), turvallisuus (YSA, FinMeSH)

Kansallisissa hankkeissa on useita vuosia kehitetty hoitotyön kirjaamista. Kehitystyön tuloksena luotiin hoitotyön kirjaamisen perusmalli, joka tarkoittaa keskeisten potilasta koskevien tietojen kirjaamista yhtenäisen rakenteen mukaisesti. Kansallisesti määritellyjä ydintietoja ovat hoidon tarve, hoitotyön toiminto, hoidon tulos, hoitoisuus ja hoitotyön yhteenveto. Ydintietojen sisällön kirjaamiseen käytetään Suomalaista hoitotyön luokituskokonaisuutta. Luokituskokonaisuus muodostuu Suomalaisesta hoidon tarveluokituksesta, Suomalaisesta hoitotyön toimintoluokituksesta ja Suomalaisesta hoidon tulosluokituksesta. Luokituskokonaisuudella ilmaistaan hoitotyön käytännön toimintaa, kuvataan potilaan saamaa hoitoa ja tuetaan hoidon päätöksentekoa.

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata ja analysoida miten hoidon tarveluokituksen ja hoitotyön toimintoluokituksen Lääkehoito- ja Turvallisuus -komponentteja käytettiin hoitotyön kirjaamisessa. Lisäksi tarkoituksena oli tuottaa uutta tietoa Lääkehoito- ja Turvallisuus -komponenttien käyttöön vaikuttavista edistävistä ja ehkäisevistä tekijöistä. Molempien komponenttien osalta aineisto analysoitiin sekä laadullisesti että määrällisesti. Laadullisia tuloksia verrattiin Ciminon hierarkkisen sanaston kriteereihin.

Tutkimus toteutettiin asiantuntijaryhmän laatimana käyttäjäkyselynä. Kysely sisälsi mielipideväittämiä ja avoimia kysymyksiä. Kyselyyn saatiin 148 vastausta. Tutkimus osoitti hoidon tarveluokituksen ja hoitotyön toimintoluokituksen soveltuvan hyvin potilaan lääkehoidon ja turvallisuuden kirjaamiseen, mutta osoitti myös luokituskokonaisuuden kehittämistarpeita. Tutkimuksen teoreettisena viitekehyksenä Ciminon kriteeristö todettiin käyttökelpoiseksi. Jatkotutkimusaiheina olisi mielenkiintoista selvittää hoidon tarveluokituksen ja hoitotyön toimintoluokituksen ja narratiivisen tekstin suhdetta sekä verrata potilastietojärjestelmien lääkitystietoja luokituskokonaisuuteen. Potilasturvallisuuden kaikkien osa-alueiden kirjaamista tulisi arvioida ja täydentää Turvallisuuskomponentin osalta.

UNIVERSITY OF EASTERN FINLAND, Faculty of Social Sciences and Business
Studies Department of Health and Social Management, Health Management Sciences,
Health Economics, Social Management Sciences, Health and Human Services Informatics

KONKOLA-LOIKKANEN, LEILA: The use of Medication and Safety components in
nursing documentation in the Finnish Care Classification System
Evaluation of users' feedback

Master's thesis, 63 pages, 5 appendices (17 pages)

Advisors: PhD Anneli Ensio, Ms.Soc.Sc., Sirpa Kuusisto-Niemi, PhD Ulla-Mari Kin-
nunen

May 2014

Keywords: nursing documentation, terminology, classification, medication, safety

The nursing documentation has been developed in national projects during the several years. The Finnish National Nursing Documentation model created according to the development work consisting of the essential knowledge of patient according to the common structure. Nationally determined core data consists of Finnish classification of nursing diagnoses, nursing interventions, nursing outcomes, nursing intensity and nursing summary. The Finnish Care Classification system is used to document core data. Care Classification system consists the Finnish classification of nursing diagnoses and the Finnish classification of nursing interventions and nursing outcomes. The Care Classification system. The Care Classification express nursing practice, patient care, and supports the decision-making in care.

The aim of the study was to describe and analyze the use of medication component and safety component of nursing diagnosis and interventions in nursing documentation. Furthermore the aim was to present new knowledge of the issues promoting and preventing the use of Medication and Safety components. The results of the both components was analyzed with qualitative and quantitative methods. The qualitative results compared with hierarchical criteria of terminology by Cimino.

The study was conducted with the survey for users. The questionnaire consisted statements of opinions and open questions created by the expert group. Answers received from 148 respondents. The study showed the acceptability of nursing diagnoses and interventions documentation of patient medication and safety. Also the needs of the development work were showed. Cimino's criteria as a framework of the theoretical framework of the study was defined to be useful. For the further research it would be interesting to clarify relationship between nursing diagnoses, interventions and narrative texts and compare medication information of patient record system to the Care Classification. All of the domains of the patient safety should be evaluated and furthermore improved the safety component.

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	3
2 KANSALLINEN HOITOTYÖN KIRJAAMINEN JA SEN KEHITTYMINEN ..	6
2.1 Hoitotyön termistön avulla kohti yhtenäistä hoitotyön kieltä	7
2.2 Kansallinen yhtenäinen hoitotyön kirjaamismalli	10
2.3 Suomalainen hoitotyön luokituskokonaisuus (FinCC)	11
2.3.1 SHTaL ja SHToL Lääkehoito -komponentti	12
2.3.2 SHTaL ja SHToL Turvallisuus -komponentti	14
2.4 Turvallinen lääkehoito ja hoidon turvallisuus	16
3 TUTKIMUKSEN VIITEKEHYKSEEN LIITTYVIÄ AIKAISEMPIA TUTKIMUKSIA	19
3.1 FinCC-luokituskokonaisuuden kehittäminen	19
3.2 FinCC-luokituskokonaisuuden käyttö	23
3.3 Rakenteisen kirjaamisen tarkastelua kansainvälisissä tutkimuksissa	25
4 TUTKIMUKSEN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	28
4.1 Ciminon hierarkkisen sanaston kriteerit	28
4.2 Sosiaali- ja terveydenhuollon tietohallinnon paradigma	31
5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT	33
6 TUTKIMUKSEN AINEISTO JA ANALYYSIMENETELMÄT	34
6.1 Tutkimuksen kohderyhmä ja aineiston keruu	34
6.2 Aineiston analyysimenetelmät	35
7 TUTKIMUKSEN TULOKSET	37
7.1 Vastaajien taustatiedot.....	37
7.2. Vastaajien arviot Lääkehoito ja Turvallisuus komponenttien SHTaL ja SHToL käytöstä	38
7.3 Vastaajien Lääkehoito- ja Turvallisuus -komponenttien SHTaL ja SHToL kehitysehdotukset	42
7.3.1 Kehitysehdotukset SHTaL ja SHToL Lääkehoito -komponenttiin	43
7.3.2 Kehitysehdotukset SHTaL ja SHToL Turvallisuus -komponenttiin	45
7.4 Lääkehoito- ja Turvallisuus -komponenttien kehittämisehdotusten vertailua Ciminon hierarkkisen sanaston kriteereihin.....	49

8 POHDINTA.....	53
8.1 Tutkimuksen luotettavuuden ja eettisyyden tarkastelua.....	53
8.2 Tutkimustulosten pohdinta.....	54
8.3 Jatkotutkimusaiheet.....	56
LÄHTEET.....	58
LIITTEET.....	64

KUVIOT

KUVIO 1. Potilaan hoitoon osallistuvien henkilöiden käyttämiä termistöjä hoitoprosessissa.....	9
KUVIO 2. Kansallinen hoitotyön kirjaamismalli.....	10
KUVIO 3. Potilasturvallisuuden keskeiset käsitteet.....	17
KUVIO 4. Sosiaali ja terveydenhuollon tiedonhallinnan paradigma	32

TAULUKOT

TAULUKKO 1 Suomalaisen hoidon tarveluokituksen SHTaL Lääkehoito komponentin pää- ja alaluokat	13
TAULUKKO 2. Suomalaisen hoitotyön toimintaluokituksen SHToL Lääkehoidon pää- ja alaluokat.....	14
TAULUKKO 3. Suomalaisen hoidon tarveluokituksen SHTaL Turvallisuus komponentin pää- ja alaluokat.....	15
TAULUKKO 4. Suomalaisen hoitotyön toimintaluokituksen SHToL Lääkehoidon pää- ja alaluokat.....	15
Taulukko 5 FinCC- luokitusten käyttöaika	38
TAULUKKO 6. Vastaajien mielipiteet SHTaL Lääkehoito-komponentin käytöstä.....	39
TAULUKKO 7. Vastaajien mielipiteet SHToL Lääkehoito-komponentin käytöstä	40
TAULUKKO 8. Vastaajien mielipiteet SHTaL Turvallisuus-komponentin käytöstä... 41	
TAULUKKO 9. Vastaajien mielipiteet SHToL Turvallisuus-komponentin käytöstä... 42	

LIITTEET

Liite 1 FinCC-luokituskokonaisuuden komponentit ja niiden sisällön kuvaukset

Liite 2 SHTaL, SHToL ja SHTuL käyttö hoidollisen päätöksenteon prosessimallissa

Liite 3 FinCC-luokituskokonaisuuden arviointi – E-lomake

Liite 4 FinCC Finnish Care Classification Suomalainen hoidon tarveluokitus SHTaL versio 2.01

Liite 5 FinCC Finnish Care Classification Suomalainen hoitotyön toimintoluokitus SHToL versio 2.01

1 JOHDANTO

Valtakunnallisessa hoitotyön sähköisen dokumentoinnin kehittämishankkeessa, HoiDok-hankkeessa kehitettiin kansallisesti yhtenäinen, rakenteinen hoitotyön kirjaamisen perusmalli, jonka mukaan keskeiset potilasta koskevat tiedot tulee kirjata yhtenäisen rakenteen mukaisesti (HoiDok 2008). Rakenne muodostuu kansallisesti määritetyistä ydintiedoista. Hoitotyön keskeisiä ydintietoja (entiseltä nimeltään hoitotyön ydintiedot) ovat *hoidon tarve, hoitotyön toiminto, hoidon tulos, hoitoisuus ja hoitotyön yhteenveto* (HoiData 2009). Jo vuonna 2004 asetettiin tavoitteeksi, että vuoden 2007 loppuun mennessä hoidon toteuttamisen ja seurannan kannalta oleellisin potilastieto tulee olla kirjattuna sähköisesti yhdenmukaisella rakenteella ja tietojen tulee olla potilaan suostumuksella käytettävissä yli rekisterinpitäjärajojen. (STM 2004.)

Eri ammattiryhmät kirjaavat potilaan hoitoa sekä rakenteisesti ja narratiivisesti (kertovasti). Erilaiset näkökulmat tuottavat erilaista kirjaamista, joka on johtanut kirjatun tiedon pirstaleistumiseen. Toisen ammattiryhmän edustajan tuottamaa tietoa ei hyödynnetä riittävästi potilaan kokonahoidossa. (Ensio & Häyrinen 2007.) Potilastietojärjestelmän toimivuus ja yhteisesti sovittu kirjaamisen malli ovat sujuvan kirjaamisen perusta, ne tukevat moniammatillista tiedonvaihtoa ja päätöksentekoa. Kirjattu tieto tulee olla hyödynnettävissä siellä, missä potilasta milloinkin hoidetaan. (Nykänen & Juntila 2012.)

Potilaan voinnista ja sen muutoksista saadaan selkeä, johdonmukainen kokonaiskuva, kun hoidon tarvetta ja annettua hoitoa kirjataan käyttäen Suomalaista hoitotyön luokituskokonaisuutta. Suomalainen hoitotyön luokituskokonaisuus, Finnish Care Classification (FinCC) muodostuu Suomalaisesta hoidon tarveluokituksesta (SHTaL), Suomalaisesta hoitotyön toimintoluokituksesta (SHToL) ja Suomalaisesta hoidon tulosluokituksesta (SHTuL), joissa SHTaL:ssa ja SHToL:ssa on yhtenevä hierarkkinen rakenne. Suurin hyöty saadaan näiden luokitusten rinnakkaisesta käytöstä. (Liljamo ym. 2012.)

Rakenteistaminen on kirjaamisen rakenteen ja sisällön kehittämistä. Hoitotyön kirjaamisen sisällön jäsentämisellä ja luokituksilla kehitetään ja edistetään niiden termistöjen käyttöä, jotka mielekkäästi kuvaavat hoitotoimintaa ja mahdollistavat tiedon jatkokäytön. (Sonninen 2007.) Terveystieteiden tutkimuskeskus (THL), FinCC -

asiantuntijaryhmä ja Itä-Suomen yliopiston Sosiaali- ja terveysjohtamisen laitos osallistuivat käyttäjäkyselyn toteuttamiseen keväällä vuonna 2010 (Liljamo ym. 2012). Tässä tutkimuksessa on käytetty tämän käyttäjäkyselyn aineistoa.

Tutkimuksen tarkoituksena on analysoida, miten Suomalaista hoidon tarveluokitusta (SHTaL versiot 2.0 ja 2.01) ja Suomalaista hoitotyön toimintoluokitusta (SHToL versiot 2.0 ja 2.01) on käytetty kirjattaessa hoitotyön tarvetta ja toimintoja potilaan lääkehoidon ja turvallisuuden osalta. Lääkehoito- ja Turvallisuus -komponentteja on analysoitu laadullisen aineistolähtöisen sisällönanalyysin menetelmin ja verrattu aineistoa Ciminon hierarkkisen sanaston kriteereihin. Lisäksi määrällisin menetelmin analysoitiin käyttäjien arvioita Lääkehoito- ja Turvallisuus -komponenttien käyttökelpoisuudesta oman yksikön potilasaineistossa, komponenttien yksiselitteisyydestä hoitotyön henkilöstölle ja muulle henkilökunnalle, komponenttien sisällön kattavuudesta ja komponenttien konkreettisuudesta. Käyttäjäkysely toteutettiin e-lomakkeella.

Tutkimuksen näkökulma on yhteiskunnallisesti ajankohtainen. Hoitotyön kirjaamisen laatua arvioivassa kirjallisuuskatsauksessaan Wang työryhmineen (2011) toteaa, että rakenteinen kirjaaminen ja standardit tuovat hyötyjä hoitotyön dokumentointiin, tuloksiin ja johtamiseen. Vuodesta 2003 on maassamme kehitetty sähköisen potilaskertomuksen rakenteita, erityisesti hoitotyön osalta kehitystyötä on tehty kansallisissa HoiDok-, HoiData- ja eNNI -hankkeissa. Rakenteisesta tiedosta on saatu hyötyä potilaan turvalliseen hoitoon. (Saranto 2014.) Sairaanhoidopiireissä on otettu käyttöön rakenteinen kirjaaminen, mutta FinCC -luokituskokonaisuuden käytöstä ei ole saavutettu valtakunnallista konsensusta (THL 2012).

Potilasturvallisuutta on edistetty Suomessa viime vuosina. Huomiota on kiinnitetty sekä hoitotoimenpiteiden ja -menetelmien että hoitoprosessien turvallisuuteen. Vaikuttavien tekijöiden tunnistaminen, inhimillisten tekijöiden ymmärtäminen ja tiedostaminen sekä oikeanlainen toimintakulttuuri varmistavat hoidon turvallisuuden ja suojaavat potilasta. Turvallisuuden edistäminen on osa sosiaali- ja terveydenhuollon laadun ja riskien hallintaa. (Helavuo ym. 2011.) Lainsäädäntö edellyttää terveydenhuollon toiminnan olevan ammatillista ja tieteellistä, näyttöön ja hyviin hoito- ja kuntoutuskäytäntöihin perustuvaa, laadukasta ja turvallista. Potilasturvallisuuteen kuuluu hoidon turvallisuuden lisäksi lääkitys- ja laiteturvallisuus (STM 2009.)

Luvussa 2 esitellään hoitotyön kansallinen kirjaamismalli ja Suomalainen hoitotyön luokituskokonaisuus, Finnish Care Classification (FinCC). Luvussa 3 kerrotaan aiheeseen liittyvistä aikaisemmista tutkimustuloksista. Luku 4 sisältää englanninkielestä suomennetun Ciminon hierarkkisen sanaston kriteeristön, jota on käytetty Lääkehoito- ja Turvallisuus -komponenttien sisällönanalyysissä. Luvussa 5 esitetään tutkimuksen tarkoitus ja tutkimustehtävät, luvussa 6 tutkimusmenetelmät. Tutkimustulokset on esitetty luvussa 7. Luvussa 8 on pohdintaa tutkimuksen luotettavuudesta, eettisyydestä ja tutkimustuloksista sekä ehdotuksia jatkotutkimusaiheista.

2 KANSALLINEN HOITOTYÖN KIRJAAMINEN JA SEN KEHITTYMINEN

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista ohjeistaa terveydenhuollon toimintayksikön ja itsenäisesti ammattiaan harjoittavan terveydenhuollon ammattihenkilön pitämään jokaisesta potilaastaan jatkuvaan muotoon laadittua aikajärjestyksessä etenevää potilaskertomusta (2009/298). Hoitokertomus on terveydenhuollon ammattihenkilöiden laatiman yhteisen potilaskertomuksen osa, joka käsittää potilaan hoidon suunnittelun, toteutuksen, seurannan ja arvioinnin (Saranto & Sonninen 2008).

Rakenteinen tieto tarkoittaa etukäteen sovitun rakenteen avulla kirjattua ja tallennettua tietoa, jota käsitellään automaattisesti. Potilaskertomukseen kirjataan tarpeellinen tieto potilaan sairauksien ennaltaehkäisyyn, terveyden seurannan, hoidon toteutuksen ja arvioinnin osalta. Rakenteinen kirjaaminen mahdollistaa tietojen yhtenevyyden sekä perusterveydenhuollon että erikoissairaanhoidon potilastietojärjestelmissä. Otsikoiden, näkymien ja hoitoprosessin vaiheiden rakenteinen kirjaaminen perustuu terveydenhuollon valtakunnallisten sähköisten palveluiden järjestämisen vaatimukseen. (Lehtovirta & Vuokko 2014.)

Eri ammattiryhmät kirjaavat tietoa potilaasta kansallisten nimikkeistöjen eli termistöjen avulla. Yhtenäisten käsitteiden käyttö on perusta laadukkaalle kirjaamiselle. Yhtenäiset käsitteet ovat myös potilasturvallisuuden tueksi kaikkien potilaan hoitoon osallistuvien tiedonvaihdossa ja tiedonsiirrossa, myös hoitotyön yhteenvedossa ja jatkohoidon suunnitelmassa. (Ensio & Saranto 2004.)

Hoitotyön luokitukset ovat potilaan hoidon kirjaamisessa käytettäviä, useimmiten monitasoisia eli hierarkkisia sanastoja. Luokitusten rinnalla käytetään vapaata narratiivista (kertovaa) tekstiä yksilöimään ja täydentämään rakenteisesti kirjattua tietoa. Luokitusten sisällöllä tuetaan ja sujuvoitetaan kirjaamista. Kun luokitusten sisältö tunnetaan hyvin, hoitotyön päätöksen teon vaiheiden mukainen kirjaaminen on nopeata. (Saranto ym. 2007.)

Kansalaisten laajentunut sähköisten palveluiden käyttö ja kehittyvä viestintäteknologia ovat muuttaneet terveydenhuollon henkilökunnan työtapoja ja potilaan kohtaamista. Kansalaisten vuorovaikutteisten sähköisten palveluiden, sähköisen reseptin ja Kansallisen terveystietokannan (KanTa) käyttö asettavat jatkuvia vaatimuksia myös henkilökunnan tietotekniikan osaamiselle sekä järjestelmien kehittämiseksi. Sähköinen potilaskertomus ei ole enää dokumentointi- ja arkistointityökalu, vaan hoitoa ja toimintaprosessia ohjaava päätöksenteon tuki (STAKES 2008). Myös lainsäädäntö on ohjannut järjestelmien keskitettyjä ratkaisuja, esimerkiksi Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen käsittelystä (159/2007), Laki sähköisestä lääkemääräyksestä (61/2007) ja Terveydenhuoltolaki (1326/2010).

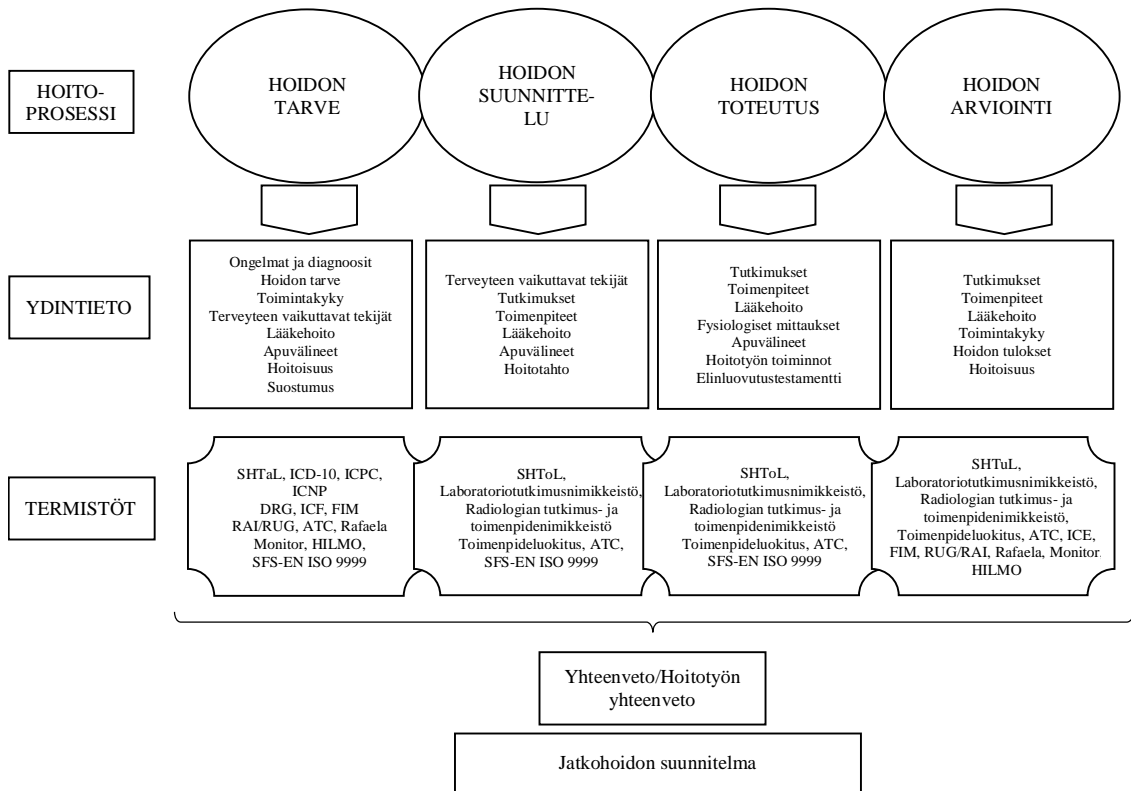
Sähköiseen potilaskertomukseen on mahdollista liittää kliinistä päätöksentekoa tukevia järjestelmiä, kuten hoitosuosituksia (Saranto ym. 2007). Hoitotyön suositukset ovat asiantuntijoiden laatimia, tieteellisesti perusteltuja kannanottoja tutkimus- ja hoitovaihtoehtoihin, niiden käyttökelpoisuuteen ja vaikuttavuuteen. Niitä käytetään näyttöön perustuvan toiminnan tukena. (Kankkunen & Vehviläinen 2009; Hotus 2012.) Käytössä on myös Joanna Briggs Instituutin JBI-suositukset, jotka perustuvat järjestelmälliseen katsaukseen tai kriittisesti arvioituun tutkimustietoon. Nämä suositukset tarjoavat tutkimusnäyttöä hoitotoimenpiteiden perusteiksi ja tueksi kliiniseen työhön. (Hotus 2012.) Käypä hoito -suositukset ovat tutkimusnäyttöön perustuvia kansallisia suosituksia, joissa käsitellään suomalaisten terveyden, sairauksien hoitoon ja ehkäisyyn liittyviä kysymyksiä (Käypähoito 2012). Sairaanhoitajien tietokannat on hoitotyön ammattilaisten käyttöön tarkoitettu päivittäisen työn apuväline, joka sisältää muun muassa sairaanhoitajan käsikirjan, vastaanoton ohjeet ja Hyvä hoito -kirjasarjat sähköisessä muodossa (Terveysportti 2014).

2.1 Hoitotyön termistön avulla kohti yhtenäistä hoitotyön kieltä

Terveydenhuollon termistöillä pystytään ilmaisemaan käytännön toiminta, kuvaamaan potilaan saama hoito ja tuetaan hoidon päätöksentekoa. Termistöt tukevat tiedon keruuta, hakua, varastointia ja tiedonsiirtoa. Tietoa on pystyttävä yhdistämään ja uudelleen käyttämään. Sähköisen potilaskertomuksen tietojen hyödyntäminen edellyttää yhteisten käsitteiden käyttöä. (Häyrinen 2011.)

Tieteellinen käsitteiden muodostus on prosessi, jonka avulla käsitteitä muodostetaan, kehitetään ja täsmennetään. Tavoitteena on käsitteen yksinkertaisuus, selvyys, yleisyys ja totuus (Niiniluoto 1980). Terminologiatyö (sanastotyö) on oppi käsitteiden ja termistöjen rakenteesta, muodostamisesta, kehityksestä, käytöstä ja käsittelystä eri erikoisaloilla (Suonuutti 2012). Yhtenäinen kieli ja termistöt ovat edellytys hoitotyön sähköiselle rakenteiselle kirjaamiselle. Hoitotyön sanastoa käytetään potilaskertomuksissa, tietojärjestelmissä, kirjallisuudessa ja tutkimuksessa. (Saranto & Ensio 2006.) Hoitotieteellinen asiasanasto Hoidokki on Medical Subject Headings asiasanastoon (MeSH) perustuva hoitotieteellisen tiedon indeksoinnin erikoissanasto, jonka laadinnassa on noudatettu Yleisen Suomalaisen Asiasanaston (YSA) periaatteita. Pääosin termit kuuluvat MeSHiin ja kansainvälisen sairaanhoitajaliiton (ICN) laatimaan Hoitotyön käytännön kansainväliseen luokitukseen (ICNP – International Classification for Nursing Practice). (Hoidokki 2011.)

Laadukkaasta, digitaaliseen käyttöön laaditusta ammattiterminologiasta voidaan rakentaa luokituksia, nimikkeistöjä ja referenssiterminologioita (STM 2004). Potilaan hoitoon osallistuvien yhteinen ymmärrys tiedosta mahdollistuu yhdenmukaisilla tietorakenteilla ja erilaisilla terminologioilla kuten luokitukset ja nimikkeistöt. Yhdenmukainen kertaalleen kirjattu tieto potilaasta on hyödynnettävissä tiedonsiirrossa terveydenhuollon toimijoiden ja palveluntuottajien välillä sekä erilaisen päätöksenteon tukena. Se mahdollistaa siten myös näyttöön perustuvien hoito-ohjeiden liittämisen ohjelmistoihin. (Häyrinen 2011.) Potilaan hoitoon osallistuvien terveydenhuollon ammattilaisten termistöjen ja luokitusten käyttö hoidon aikana havainnollistuu kuviossa 1.



KUVIO 1. Potilaan hoitoon osallistuvien henkilöiden käyttämiä termistöjä hoitoprosessissa (muokattu Häyrinen ym. 2004 mukaan)

Suomalainen hoitotyön luokituskokonaisuus (FinCC) muodostuu Suomalaisesta hoidon tarveluokituksesta (SHTaL), Suomalaisesta hoitotyön toimintoluokituksesta (SHToL) ja Suomalaisesta hoidon tuloluokituksesta (SHTuL). FinCC muodostaa hoitotyön kuvaamisen termistökokonaisuuden. Hoitotyön kirjaaminen noudattaa hoitotyön prosessin vaiheita. Kansallisia nimikkeistöjä on luotu muun muassa laboratorio- ja radiologiatutkimuksille (Laboratoriotutkimusnimikkeistö 2014, Radiologinen tutkimus- ja toimenpideluokitus 2014), sosiaalityöhön (Terveyssosiaalityön nimikkeistö (RS) 2007), fysioterapiaan (Fysioterapianimikkeistö (RF) 2007), toimintaterapiaan (Toimintaterapianimikkeistö (RT) 2003) sekä puheterapiaan Puheterapianimikkeistö (RP) 2010). Kansainvälisiä luokituksia hyödynnetään lääketieteellisten diagnoosien (ICD-10), hoidon syyn (HILMO 2013), lääkkeiden (Duodecim lääketietokanta 2014) ja toimenpiteiden (Suomen toimenpideluokitus 2014) kirjaamisessa. (Häyrinen 2011; Kuntaliitto 2014; Terveysportti 2014; THL 2014.)

2.2 Kansallinen yhtenäinen hoitotyön kirjaamismalli

Kansallisissa HoiDok- ja HoiData -hankkeissa kehitettiin yhtenäinen hoitotyön kirjaamisen perusmalli, jonka mukaan keskeiset potilasta koskevat tiedot tulee kirjata yhtenäisen rakenteen mukaisesti (HoiDok 2008; HoiData 2009). Kansallisesti määriteltyjä ydintiedot ovat hoidon tarve, hoitotyön toiminto, hoidon tulos, hoitoisuus ja hoitotyön yhteenvedo (HoiData 2009). Hoitotyön ydintiedot voidaan kirjata kansallisen kirjaamismallin mukaan, yliopistollisten sairaaloiden yhteisesti kehittämän moniammatillisen hoitokertomuksen otsikkorakenteen mukaan tai potilaiden hoitoisuuden arviointiin käytettävän mittarin osa-alueiden mukaisesti (THL 2012).

Ydintietojen sisällön kirjaamiseen käytetään Suomalaista hoitotyön luokituskokonaisuutta, Finnish Care Classification (FinCC). Luokituskokonaisuuden (FinCC) käyttö kirjaamisessa havainnollistuu valtakunnallisessa hoitotyön sähköisen dokumentoinnin kehittämishankkeessa tuotetusta mallista (Kuvio 2.).

Kansallinen hoitotyön systemaattinen kirjaamismalli								
HOITOTYÖN SYSTEMAATTINEN KIRJAAMINEN								
Hoitotyön päätöksentekoprosessin mukainen kirjaaminen								
Näkymä : Hoitokertomus = HOKE								
Moniamm. hoitoprosessin eri vaiheet	Tulotilanne		Hoidon suunnittelu		Hoidon toteutus	Hoidon arviointi		4. Hoitotyön yhteenvedo
	1a	1b	1c	1d	2.	3.	4.	
Hoitotyön prosessin vaiheet (otsikot)	Tietojen keruu ja analysointi*	Hoidon tarpeiden määrittäminen ja priorisointi	Tavoitteiden asettaminen	Suunnitellut toiminnot tavoitteiden saavuttamiseksi	2. Hoitotyön toiminnot / toteutus	3. Hoidon tulokset		
Rakenteistaminen	SHTaL ja SHTuL (Hoidon tarveluokitus ja hoidon tuloksen tila-luokitus)	SHTaL ja varmuusaste (+ mittari esim. VAS, GAF)	SHTaL	-	-	SHTaL ja SHTuL (+ mittari VAS, GAF)	Koostetaan hoitajakson kannalta keskeisistä hoitotyön	
	SHToL ja SHTuL (Hoitotyön toimintoluokitus ja hoidon tuloksen tila-luokitus)	-	-	SHToL	SHToL ja mittari (esim. VAS, GAF)	SHToL ja SHTuL (+ mittari VAS, GAF) **	prosessi/ydin-tiedoista ja tarv. täydennetään rakenteisilla tiedoilla (luokitus + vapaa teksti) Hoitoisuusluokkatieto numeerisena ja sanallisena.	
Hoitotyön ydintiedot	Moniammatillisia ydintietoja*	Hoidon tarve			Hoitotyön toiminnot	Hoidon tulokset	Hoitotyön yhteenvedo	Hoitoisuus **

*Ydintiedoista saadaan osa hoitotyön tarvitsemista tiedoista, kuten henkilötiedot, riskitiedot, hoidon syy, lääkehoito, lääketieteellinen diagnoosi, tutkimukset, toimenpiteet, toimintakyky ja apuvälineet.

**Hoitoisuusmittaus tehdään prosessin kohdassa arviointi ja käytetään mittareita: OPC (Oulu Patient Classification) tai OPCq (Rafaela)

päivitetty 180608 K.Tanttu

VALTAKUNNALLINEN HOITOTYÖN SÄHKÖISEN DOKUMENTOINNIN KEHITTÄMISHANKE 2005-2007

KUVIO 2. Kansallinen hoitotyön kirjaamismalli (Tanttu 2008)

Kuviossa näkyy esimerkkejä hoitotyön mittareiden käytöstä ja hoidollinen päätöksenteon kirjaaminen. Moniammatilliseen päätöksentekoon tulee tietoisesti kiinnittää huomiota, unohtamatta potilaan ja hänen omaisensa osallistumista päätöksentekoon käytännössä. Hoidollisen päätöksenteon kirjaaminen tulee näkyä myös kaikissa hoidon vaiheissa. (Tanttu 2008.) Työyhteisön toimiva toimintaympäristö mahdollistaa yhteistyön, monien eri tahojen jatkuvan päätöksenteon tuloksena päästään potilaan kannalta parhaaseen lopputulokseen (Lauri ym. 1998).

2.3 Suomalainen hoitotyön luokituskokonaisuus (FinCC)

FinCC muodostuu Suomalaisesta hoidon tarveluokituksesta (SHTaL), Suomalaisesta hoitotyön toimintoluokituksesta (SHToL) ja Suomalaisesta hoidon tulosluokituksesta (SHTuL), joissa SHTaL:ssa ja SHToL:ssa on yhtenevä hierarkkinen rakenne komponentti-, pääluokka- ja alaluokkatasolla. Tasoista abstraktein on komponenttitaso. SHTaL ja SHToL -luokituksissa komponenttitason alle on koottu vaihteleva määrä pää- ja alaluokkia, joiden avulla käyttäjä kirjaa potilaan hoitoa mahdollisimman kuvaavin termein. Versioissa 2.01 on 19 komponenttia. SHTaL:n pääluokkia on yhteensä 88 kappaletta ja alaluokkia 179. SHToL:ssa on pääluokkia 164 ja alaluokkia 266 (Liite 1). (Liljamo ym. 2008.)

Hoidon tarvetta arvioitaessa käytetään apuna SHTaL tarveluokituksen pää- tai alaluokkia ja tarpeelle voidaan määrittää varmuusaste. Suunniteltaessa hoitoa asetetaan priorisoiduille tarpeille tavoitteet ja valitaan hoitotyön toiminnot SHToL-toimintoluokituksen pää- tai alaluokista. Hoidon toteutus kirjataan SHToL-toimintoluokituksen avulla. Potilaan saamaa hoitoa arvioidaan suhteessa hoidon tarpeeseen, tavoitteeseen ja toteutuneeseen hoitoon ja valitaan SHTuL hoidon tuloksen tila. SHTuL hoidon tuloksen tila voi olla parantunut (PA), huonontunut (HU) tai ennallaan (EN). Ydintietojen avulla koostetaan hoitotyön yhteenveto käyttäen apuna pää- tai alaluokkia, vapaamuotoista tekstiä sekä mahdollisia hoitoisuustietoja. Hoidollisen päätöksenteon eri vaiheita voidaan kirjata käyttäen FinCC-luokituskokonaisuutta (Liite 2). (Liljamo ym. 2008.)

FinCC -luokituskokonaisuus on haettavissa Kansallisesta koodistopalvelusta, CodeServeriltä. Koodistopalvelun avulla varmistetaan sosiaali- ja terveydenhuollossa kansalli-

sesti käytettävien tietorakenteiden ja luokitusten laatu, yhtenäisyys, kehittäminen, ylläpito ja jakelu. Kansallisesti yhtenäisiä tietorakenteita ovat sähköisissä potilas- ja asiakirjajärjestelmissä, valtakunnallisissa tietojärjestelmäpalveluissa sekä tilasto- ja rekisteritiedonkeruussa tarvittavat palvelut. (THL 2013.)

Koodistopalvelussa määritellään hoidon tarve ja hoitotyön toiminnot kansallisesti määritellyksi hoitotyön ydintiedoksi ja selostetaan kummankin kansainvälinen tausta. Molempien käyttötarkoituksissa mainitaan, että niitä käytetään potilaan päivittäisen hoidon (rakenteiseen) kirjaamiseen poliklinikoilla, vuodeosastoilla ja avosektorilla. Käyttötarkoituksessa mainitaan myös, että SHTaL ja SHToL muodostavat yhdessä Suomalaisen hoitotyön luokituksen sekä mahdollisuuden käyttää niitä erikseen, mutta suurimman hyödyn saatavan niiden rinnakkaisesta käytöstä. Luokituksen yhteydessä ilmoitetaan myös sen versiotiedot. (Koodistopalvelu 2013.)

Suomessa on arvioitu olevan kansallisen hoitotyön kirjaamismallin käyttäjiä yli 15 000, ja malli on käytössä useassa Suomen perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yksikössä eri sähköisiin potilastietojärjestelmiin integroituna. Uusimmat FinCC:n SHTaL ja SHToL ovat versiot 3.0, jossa on 17 komponenttia. SHTaL:ssa on 88 pääluokkaa ja 150 alaluokkaa, SHToL:ssa on 127 pääluokkaa ja 180 alaluokkaa. Päivityksessä on lisätty konkreettisia luokkia, mutta joissakin komponenteissa mahdollistettu kirjaaminen pelkällä pääluokalla. SHTuL- versio on 1.0. (Liljamo ym. 2012.)

2.3.1 SHTaL ja SHToL Lääkehoito -komponentti

SHTaL:n Lääkehoito-komponentti sisältää lääkehoidon käyttöön ja lääkehoidon toteuttamiseen liittyvät osatekijät. Versiossa 2.01 Lääkehoito-komponentti on kuvattu näin: ”Potilaalla voi olla yksi tai useampi riski liittyen lääkkeiden oikeaan käyttöön, lääkehoidon oikeaan toteuttamiseen tai lääkitykseen liittyvään asianmukaiseen tietoon. Potilaalla voi olla yksi tai useampi hoidon tarve, joka ilmenee lääkkeiden käytön riskinä esimerkiksi lääkkeiden väärinkäyttönä, lääkeaine allergiana, lääkekielteisyytenä, tai potilaan käyttämien lääkkeiden sivuvaikutukset voivat aiheuttaa riskin ja sitä kautta hoitotyön tarpeen”. (Liljamo ym. 2008.) SHTaL Lääkehoito-komponentin pää- ja alaluokat on esitetty taulukossa 1.

TAULUKKO 1. Suomalaisen hoidon tarveluokituksen SHTaL, version 2.01 Lääkehoito-komponentin pää- ja alaluokat (Liljamo ym. 2008)

KOMPONENTTI	TUNNISTE PÄÄLUOKKA	TUNNISTE ALALUOKKA	
5127 Lääkehoito Lääkkeiden käyttöön ja lääkehoidon toteuttamiseen liittyvät osatekijät	5128 Lääkkeiden käyttöön liittyvät riskit, lisääntynyt mahdollisuus lääkehoidon haitallisuudesta	5129 Lääkkeiden rinnakkaiskäyttö	
		5130 Lääkityksen sopimattomuus	
		5131 Lääkkeiden väärinkäyttö	
		5132 Lääkeriippuvuus	
		5133 Lääkkeiden sekakäyttö	
		5134 Intoksikaatoriski	
		5135 Lääkeaineallergia	
		5136 Lääkekielteisyys	
		5137 Lääkkeiden haittavaikutukset	
		5138 Lääkkeiden yhteisvaikutukset	
		5139 Lääkehoidon toteuttamiseen liittyvät tekijät	5140 Avun tarve lääkkeiden ottamisessa
			5141 Avun tarve lääkkeiden jakamisessa
		5144 Lääkitykseen liittyvä tiedon tarve Riittämätön tieto lääkehoidosta ja sen toteuttamisesta	5142 Erityistä seurantaa vaativa lääkitys
	5143 Poikkeava lääkkeenantotapa		

SHTaL-tarveluokituksen Lääkehoito-komponentin pääluokkia on kolme ja alaluokkia on yhdeksän.

Versiossa 2.01 SHToL:n Lääkehoito-komponentin sisältö on kuvattu näin: ”Lääkehoito-komponentti sisältää hoitotyön toimintoja, joita käytetään, kun kirjataan suunniteltuja toimintoja hoidon tavoitteiden saavuttamiseksi potilaan lääkehoidon osa-alueella ja kuvataan potilaan lääkehoidon toteuttamista. Potilaan lääkitys eri valmisteineen ja antoai-koineen kirjataan potilaskertomuksen lääkehoito-osioon. Potilalle tarvittaessa annettava lääkitys (esim. kipulääke) kirjataan antokirjauksena sille varattuun paikkaan potilaskertomuksessa, mutta erityisen tärkeää on, että hoitokertomuksessa näkyy, miksi tarvittava lääke on annettu ja miten se on vaikuttanut. Lääkehoito-komponentin pää- ja alaluokkia käytetään, kun halutaan kuvata esimerkiksi lääkkeen vaikutusta, potilalle annettua lääkehoidon ohjausta tai kun on tarpeen kuvata poikkeamaa esimerkiksi normaalisti lääkkeen antotavasta (esim. lääkkeet murskataan) tai lääkkeen antamista potilaan tahdosta riippumatta”. SHToL Lääkehoito-komponentin pää- ja alaluokat on esitetty taulukossa 2.

TAULUKKO 2. Suomalaisen hoitotyön toimintoluokituksen SHToL, version 2.01 Lääkehoito-komponentin pää- ja alaluokat (Liljamo ym. 2008)

KOMPONENTTI	TUNNISTE PÄÄLUOKKA	TUNNISTE ALALUOKKA	
1201 Lääkehoito Lääkkeiden käyttöön ja lääkehoidon toteuttamiseen liittyvät osatekijät	1202 Lääkkeen vaikutuksen seuranta		
	1203 Lääkkeen vaikuttavuuden seuranta		
	1204 Lääkehoidon ohjaus		1205 Lääkehoidon kirjallinen ohjaus
			1206 Lääkehoidon suullinen ohjaus
			1207 Lääkehoidon puhelin ohjaus
			1209 Lääkehoidon muu ohjaus
	1211 Lääkehoidosta poikkeaminen		1212 Lääkkeet murskataan
			1213 Lääkkeet nenämahaletkun kautta
			1214 Lääkkeessä tauko
	1215 Lääkkeen antaminen		1216 Lääke suun kautta
			1217 Lääkeinjektion anto
			1218 Lääke peräsuoleen
			1219 Inhalaation antaminen
			1220 lääkealaastarin laittaminen
			1221 Lääke emättimeen
			1222 Lääkeinfuusion antaminen
			1223 Lääke suoraan vatsalaukkuun
			1224 Voiteiden käyttäminen
			1225 Tippojen antaminen
		1226 Sumutteiden antaminen	
		1227 Pintapuudute	
	1236 Lääkkeenantaminen tahdosta riippumatta		
	1237 Lääkkeiden jako dosettiin		
	1238 Solunsalpaajahoidon toteuttaminen		
	1239 Rokotus		
	1240 Lääkepumppu		

SHToL-toimintoluokituksen Lääkehoito-komponentin pääluokkia on kymmenen ja alaluokkia on yhdeksäntoista.

2.3.2 SHTaL ja SHToL Turvallisuus -komponentti

SHTaL:n Turvallisuus-komponentti sisältää sairauden tai hoitoympäristön aiheuttamat turvallisuusriskit. Versiossa 2.01 komponentin sisältö on kuvattu näin: ” Turvallisuudella tarkoitetaan sairaudesta tai hoitoympäristöstä potilaalle aiheutuvia turvallisuusriskejä. Potilaalla voi olla suurentunut tapaturmariski, joka voi ilmetä karkailuna, riskinä pudota sängystä tai riskinä kaatua. Potilaan turvallisuuteen ja lisääntyneeseen tapaturmariskiin liittyy myös, se että potilaan asentohoito voi aiheuttaa vaurion potilaalle. Potilaan hoidon tarve voi ilmetä siten, että hän tuntee sairauden tai hoitoympäristön vuoksi olonsa turvattomaksi. Hoidon tarve voi syntyä myös siitä, että potilas on jonkin tarttuvan taudin kantaja tai potilaalla on jokin ominaisuus, josta syntyy lisääntynyt toisen vahingoittamisen vaaratilanne”. SHTaL Turvallisuus-komponentin pää- ja alaluokat on esitetty taulukossa 3.

TAULUKKO 3. Suomalaisen hoidon tarveluokituksen SHTaL, version 2.01 Turvallisuus-komponentin pää- ja alaluokat (Liljamo ym. 2008)

Tunniste	Komponentti	Tunniste	PAALUOKKA	Tunniste	ALALUOKKA
5236	Turvallisuus Sairauden tai hoitoympäristön aiheuttamat turvallisuusriskit	5248	Tapaturmariski	5249	Putoamisriski
				5250	Asentohoidon aiheuttama vaurio
				5251	Kaatumisriski
				5252	Karkailu
		5253	Turvattomuuden tunne		
		5254	Tarttuvan taudun kantajuus		
		5255	Toisenvahingoittamisen vaara		

SHTaL-toimintoluokituksen Turvallisuus-komponentin pääluokkia on neljä ja alaluokkia on neljä.

SHToL:n versiossa 2.01 komponentin sisältö on kuvattu näin ”Turvallisuus-komponentti sisältää hoitotyön toimintoja, joiden avulla pyritään lisäämään ja huolehtimaan potilaan ulkoisesta turvallisuudesta esimerkiksi järjestämällä potilaan hoidon kannalta turvallinen ympäristö ja huomioimalla mahdolliset tapaturmariskit (esim. kaatuminen). Joskus potilaan turvallisuuden ja hoidon tavoitteiden kannalta on tarpeellista potilaan liikkumisen ja yhteydenpidon rajoittaminen ja potilaan uhkaavan käyttäytymisen hallinta mm. potilaan rauhoittamisella lepositein. Tässä tapauksessa tulee huomioida lepositeiden käytöstä annetut lainsäädännön ohjeet ja kirjata toimenpiteet potilaskertomukseen. Turvallisuus-komponentin alta löytyy myös infektiopotilaan hoitoon liittyvät toiminnot: Infektion vuoksi eristäminen ja Infektiopotilaan ohjaaminen”. Suomalaisen hoitotyön toimintaluokituksen SHToL Turvallisuus-komponentin pää- ja alaluokat on esitetty taulukossa 4.

TAULUKKO 4. Suomalaisen hoitotyön toimintaluokituksen SHToL, version 2.01 Turvallisuus-komponentin pää- ja alaluokat (Liljamo ym. 2008)

1402	Turvallisuus Sairauden tai hoitoympäristön aiheuttamat turvallisuusriskit	1408	Ulkoisen turvallisuuden lisääminen Turvallisen lähiympäristön tai toiminnan turvallisuuden huomiointi	1409	Turvallisen ympäristön järjestäminen
				1410	Vierihoidaminen
				1411	Potilaan omaisuuden haltuunotto
				1412	Potilaan omaisuuden tarkistaminen
				1413	Potilaan liikkumisen rajoittaminen ja seuranta
				1414	Potilaan yhteydenpidon rajoittaminen ja seuranta
		1415	Potilaan itsemääräämisoikeuden rajoittaminen		
		1416	Tapaturmariskin huomioiminen		
		1417	Uhkaavan käyttäytymisen hallinta	1418	Rajojen asettaminen
		1419	Potilaan rauhoittaminen lepositein	1420	Kiinnipitäminen
1421	Infektion vuoksi eristäminen				
1430	Infektiopotilaan ohjaaminen				

SHToL toimintoluokituksen turvallisuuskomponentin pääluokkia on neljä ja alaluokkia on yksitoista.

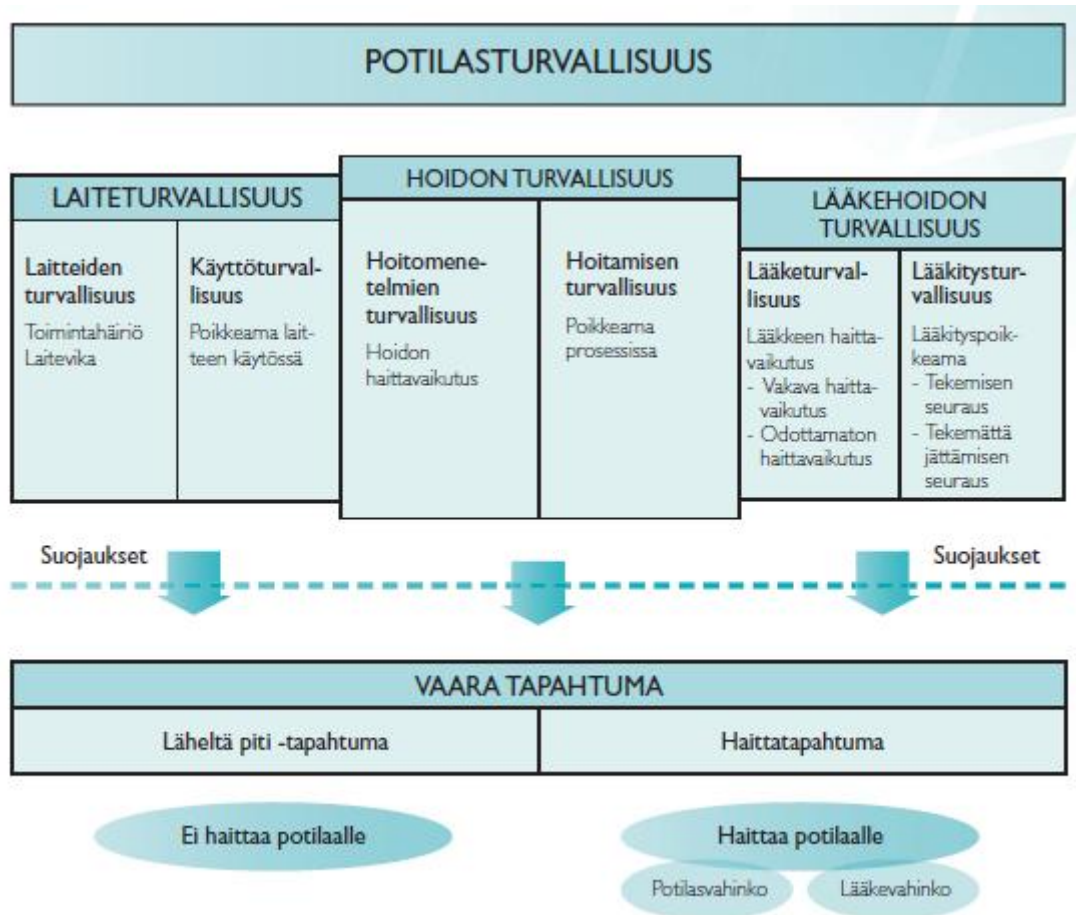
2.4 Turvallinen lääkehoito ja hoidon turvallisuus

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) koordinoi ja kehittää potilasturvallisuustyötä. Suomi noudattaa Euroopan komission antamia ohjeita ja tekee kansainvälisestä yhteistyötä Maailman terveysjärjestön (WHO), Taloudellisen yhteistyön ja kehityksen järjestön (OECD) sekä kansainvälisten kansalaisjärjestöjen kanssa. (THL 2013.)

Potilasturvallisuus on merkittävä osa hoidon laatua. Hoidon tulee olla vaikuttavaa, tehokasta ja oikea-aikaista. Vuonna 2010 voimaan tullut Terveydenhuoltolaki ja asetus Laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta 341/2011 ohjeistavat potilasturvallisuustyötä. Potilasturvallisuusstrategia ohjaa yhtenäistä potilasturvallisuuskultuuria ja käytännön toimenpiteitä. (STM 2009).

Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisema potilasturvallisuusstrategia ohjaa sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioita, potilaita ja heidän omaisiaan turvallisen ja vaikuttavan hoidon toteutumisessa. Strategiassa potilasturvallisuus (patient safety) nähdään terveydenhuollossa toimivien yksilöiden ja organisaation periaatteina ja toimintoina, jotka varmistavat hoidon turvallisuuden ja suojaavat potilasta vahingoittumasta. Se koostuu hoidon turvallisuudesta, lääkitysturvallisuudesta ja laiteturvallisuudesta. Poikkeamien hallinta, turvallisuuskulttuurin luominen ja palvelujärjestelmän riskien arviointi ovat keinoja potilasturvallisuuden parantamiseksi. (STM 2009.)

Kuviossa 3 on kuvattu potilasturvallisuuteen liittyvät keskeiset käsitteet, joista tässä tutkimuksessa tarkastellaan hoidon turvallisuutta ja lääkehoidon turvallisuutta.



KUVIO 3. Potilasturvallisuuden keskeiset käsitteet (STM 2009)

Oikea-aikaisessa turvallisessa hoidossa käytetään vaikuttavia hoitomenetelmiä aiheuttamatta potilaalle tarpeetonta haittaa. Terveystieteiden yksiköt ovat lain mukaan velvollisia raportoimaan hoitoon, laitteisiin ja lääkkeisiin liittyvistä vaaratilanteista eri rekistereihin kuten hoitoilmoitusrekisteriin (HILMO) rokotusten haittavaikutusrekisteriin, implanttirekisteriin, sairaalainfektioiden seurantajärjestelmään, verensiirtojen haittavaikutusjärjestelmään, tartuntatautirekisteriin, säteilyvaarailmoituksiin ja kuolemansyyrekisteriin. (THL 2013.) HaiPro-luokitus on Suomessa laajasti käytössä oleva potilaille tapahtuneiden ”läheltä piti” -tapahtumien ja haittatapahtumien ilmoitusjärjestelmä (Kinunen ym. 2009).

Lääkkeiden haittavaikutusrekisteriä ylläpitää alan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimea, jonne lääkkeen määräämiseen tai toimittamiseen oikeutetut henkilöt ilmoittavat toteamansa tai epäilemänsä lääkkeiden käyttöön liittyneet haittavaikutukset. Myös potilaita tulee auttaa tekemään näyttöön perustuvia valintoja hoidon turvallisuudesta, heidän

tulee olla tietoisia saatavilla olevasta haittatapahtumiin liittyvistä tuista. Potilasturvallisuuden parantamiseen kansainvälisesti tarvitaan yhteisiä määritelmiä, terminologiaa ja indikaattoreita. (Euroopan yhteisöjen komissio 2008.)

Lääkehoidon turvallisuus jakautuu lääketurvallisuuteen (drug safety) ja lääkitysturvallisuuteen (medication safety) (STM 2009). Lääketurvallisuus käsittää lääkevalmistukseen liittyvän turvallisuuden, kuten farmakologisten ominaisuuksien ja vaikutusten tuntemisen ja arvioimisen, laadukkaan valmistusprosessin ja valmisteen merkitsemisen sekä valmistamisen informaation. Lääkitysturvallisuutta on lääkkeiden käyttöön liittyvä turvallisuus, joka kattaa terveydenhuollon henkilöiden ja organisaatioiden periaatteet ja toiminnot lääkehoidon turvallisuuden varmistamiseksi ja potilaan suojaamisen vahingoilta. (STAKES 2006.) Vastuuyksiköiden lääkehoitosuunnitelman tarkoituksena on toimia käytännön työvälineenä. Kun omaan toimintaan liittyvät riskitekijät ja ongelma-kohtat tunnetaan, voidaan yhteistyössä kehittää turvallista lääkehoitokulttuuria (STM 2006).

Lääkehoitopoikkeamat ovat yleisiä, vaikka niihin on kiinnitetty enemmän huomiota viime vuosina. Lääkehoidon turvallisuuden parantaminen vähentää potilaille aiheutuvia haittoja. Terveydenhuollon henkilöstön näkemykset lääkehoidon poikkeamista tulee huomioida turvallisia hoitokäytänteitä kehittäessä. (Härkönen ym. 2012.)

Terveydenhuollon ammattilaiset ovat hoitotyön laadun ja hoidon turvallisuuden rakentajia. Hoitotyön toiminnot ja potilaan hoito suunnitellaan yksilöllisesti ja potilaslähtöisesti. Sisäinen turvallisuus on potilaan kokemaa luottamusta ja turvallisuutta, ulkoisella turvallisuudella taas tarkoitetaan hoitoympäristöön, hoitolaitteiden käyttöön ja yleiseen turvallisuuteen liittyviä seikkoja. Potilaan äänen kuuleminen, yhteisymmärrys hoidon linjoista ja potilaan oma rooli hoidon erivaiheissa vaikuttaa potilaan turvallisuuden tunteeseen. Potilaan tulee olla tietoinen esimerkiksi omaan turvallisuutensa vaikuttavista psykiatrian rajoittavista toimenpiteistä, tilanteiden käsittelystä ja aggression hallintamenetelmistä. (Hottinen 2013.)

3 TUTKIMUKSEN VIITEKEHYKSEEN LIITTYVIÄ AIKAISEMPIA TUTKIMUKSIA

Tässä tutkimuksessa kirjallisuutta etsittiin tekemällä hakuja PubMed- ja Medic- tietokantoihin sekä manuaalihakuna aihetta käsittelevien tutkimusartikkeleiden lähdeluette-loista. Hakusanoina käytettiin ”FinCC”, ”Finnish Care Classification” ja ”Suomalainen hoitotyön luokituskokonaisuus” -sanayhdistelmiä. Valintakriteerinä oli koko tekstin saatavuus sähköisenä. Tiedonhaun tulokset esitetään jaoteltuna FinCC-luokituskokonaisuuden kehittämiseen ja käyttöön liittyviin tutkimuksiin. Valituista tutkimuksista pyrittiin löytämään erityisesti vastauksia siihen, miten Lääkehoito- ja Turvallisuus -komponenttia käytettiin kirjaamisessa. Paras tieteellinen näyttö perustuu systemaattisiin kirjallisuuskatsauksiin. Tähän tutkimukseen valittiin systemaattiset katsaukset, joissa arvioitiin kirjaamisen rakenteisuutta, hoitotyön kirjaamisen menetelmien vaikutusta hoitotyöhön ja potilaan hoidon tuloksiin.

3.1 FinCC-luokituskokonaisuuden kehittäminen

Monissa eri hankkeissa on kehitetty vuosien ajan hoitotyön kirjaamista ja kansallista kirjaamismallia. Suomessa hoitotyön rakenteisen kirjaamisen tutkimus- ja kehittämistyötä on tehty parin vuosikymmenen ajan. Vuosina 1992–2000 tutkimus keskittyi hoitotyön toimintoihin ja diagnooseihin, vuosina 2001–2012 hoitotyön diagnooseihin, toimintoihin ja hoitotyön prosessiin. (Kinnunen 2013.)

FinCC:n kehitystyön voidaan sanoa alkaneen Ension (2001) tutkimuksesta, jossa kehittämistyön tarkoituksena oli kuvata ja analysoida käytännön hoitotyötä. Kehittämistyössä arvioitiin Suomalaisen hoitotyön toimintoluokituksen testiversion (silloinen lyhenne Shtl) toimivuutta elektronisessa sairauskertomuksessa. Vuonna 1993 Kuopion yliopistollisessa keskussairaalassa käynnistyi hoitotyön tutkimus- ja kehittämisohjelma, jonka tarkoitus oli selvittää käytännön hoitotyön tietosisältöjä. Tutkimuksen perusaineistona olivat kahden sisätauti- ja kahden kirurgisen osaston sairaanhoitajien ja perushoitajien kuvaukset hoidon toteutumisesta ja vuorovaikutustilanteista. (Ensio 2001.) Nämä sisäl-lön analyysillä muokatut toimintakuvaukset luokiteltiin Home Health Care Classificati-

on, HHCC-luokitukseen (nykyään Clinical Care Classification System, CCC). (Ensio 2001; Saba 2014.) Tutkimuksessa kuvattiin myös ammatillisen kielen kehittymistä, potilaskertomuksen muuttumista sähköiseksi ja esiteltiin kansainvälistä hoitotyön toimintojen luokitustyötä. (Ensio 2001).

Vuonna 1995 kokemukset testiversion toimivuudesta koottiin yhdeltä sisätautien ja yhdeltä kirurgian vuodeosastolta. Testiversion toimivuutta testattiin silloisen Miranda-järjestelmän hoitosuunnitelmassa. Arviointia tehtiin henkilökunnan luokituksen kuvauksista sekä hoitokertomuksen laiteympäristön toimivuudesta. Tutkimuksen tulosten mukaan teknisen ympäristön toimivuuden parantuminen vähensi luokituksen käytön hitautta ja kankeutta. Lyhyestä kokeiluajasta johtuen tulokset olivat suuntaa-antavia ja yleistettävissä vasta käytön laajennuttua useampiin erikoisaloihin ja perusterveydenhuoltoon. Tuolloin jo todettiin, että strukturoituun kirjaamiseen siirtyminen on koulutuksellinen haaste terveydenhuoltohenkilöstölle. (Ensio 2001.)

Tutkimuksen sisällöllisenä ja rakenteellisenä viitekehyksenä käytettiin Virginia Saban johdolla kehitettyä kotisairaanhoidon toimintaa kuvaavaa HHCC-luokitusta. HHCC-luokituksen valintaan taustaluokituksiksi vaikuttivat muun muassa luokituksen perustuminen kokonaisvaltaiseen hoitoon sekä kiinnostus kokeilla toisessa kulttuurissa kehitettyä luokitusta. (Ensio 2001.) Vuonna 1990 käytössä oleva HHCC-mittari muodostui 20 komponentista eli otsakkeista, jotka kuvaavat potilaan terveydentilaa, toimintakykyä, selviytymistä ja käyttäytymistä. Hierarkkisen ryhmittelyn lisäksi HHCC sisälsi neljä hoitotyön ulottuvuutta (tarpeen arviointi, hoitaminen, opettaminen ja hallinto/koordinointi) ja kolmiportaisen arvioinnin hoidon tuloksista (tilanne ennallaan, tilanne parantunut, tilanne huonontunut) (Ensio 2001; Saba 2014; Ensio & Saranto 2004.) Jotta perusaineisto voitiin luokitella, taustaluokittelu käännettiin suomeksi takaisinkäännösperiaatteella vaiheittain. Suomennettu luokitus käännettiin takaisin englannin kielelle ja tarkastutettiin Virginia Saballa. Käännöstyön jälkeen Kuopion yliopistollisen sairaalan asiantuntijaryhmä kehitti Suomalaisen hoitotyön toimintoluokituksen ja laati hoitotyön käytäntöön soveltuvat komponentit testiversiosta. Shtl Versio 1.0 koostui 16 komponentista, 54 pääluokasta ja 68 alaluokasta. Version Lääkehoito-komponentin (lääkehoitoon ja sen koordinointiin liittyvät osatekijät) pääluokkia oli kaksi ja alaluokkia kahdeksan. Turvallisuus-komponentti (väkivallan välttämiseen sekä vaaran ja mene-

tyksen ennaltaehkäisyyn liittyvät osatekijät) sisälsi kaksi pääluokkaa ja neljä alaluokkaa. (Ensio 2001.)

Vuosina 2003–2004 Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiirin toteuttamassa hoitotyön kirjaamista koskevassa Hoitotyön kirjaamisen strukturoitu malli -hankkeessa jatkettiin toimintoluokituksen kehittämistyötä ja käynnistettiin tarveluokituksen SHTaL kehittäminen. SHToL:n kehitystyötä on tehty yhdessä Kuopion yliopiston (nykyinen Itä-Suomen yliopisto) hoitotieteen laitoksen ja Kuopion yliopistollisen sairaalan tutkimushankkeissa. (Ikonen 2003.)

Kansallinen terveyshanke käynnistyi vuonna 2002 ja päättyi vuoteen 2007. Sen yhtenä osa hankkeena testattiin ja kehitettiin Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiirissä eri erikoisalojen hoitotyön kirjaamisessa SHToL:a Doctorex-järjestelmässä. Samassa hankkeessa käynnistyi SHTaL:n kehittäminen ja testaus Pohjois-Karjalan keskussairaalan useilla erikoisaloilla ja alueen kahdessa terveyskeskuksessa. (Ensio & Saranto 2004.) Vuonna 2003 Sosiaali- ja terveysministeriön asetti työryhmän, jonka tarkoituksena oli löytää yhteinen näkemys sekä potilastietojärjestelmien sisällöllisille että teknisille ratkaisulle ja edistää yhteisesti hyväksytyjen toimintamallien käyttöönottoa terveydenhuollossa. Työryhmän loppuraportissa on kuvattu luokitusten ja koodistojen ylläpito ja jakelu sekä terminologiatyö. Raportin mukaan laadukkaasta, digitaaliseen käyttöön laaditusta ammattiterminologiasta voidaan rakentaa luokituksia, nimikkeistöjä ja referenssiterminologioita. (STM 2004.) Näiden vuosien aikaisen kehitystyön tuloksena vuonna 2004 julkaistiin SHToL versio 1.1 ja alkuvuonna 2005 SHToL versio 1.2. ja SHTaL versio 1.0. (Ikonen 2005).

Vuonna 2005 aloitettu Valtakunnallinen hoitotyön sähköisen dokumentoinnin kehittämishanke, HoiDok-hanke oli osa kansallista terveyshanketta. HoiDok-hankkeessa integroitiin FinCC-luokituskokonaisuus mukana olleiden organisaatioiden potilastietojärjestelmiin ja luotiin kansallinen yhtenäinen hoitotyön kirjaamisen malli. Kansallinen kirjaamismalli perustui hoitotyön ydintietoihin, SHTaL:n, SHToL:n ja Suomalaiseen hoidon tuloluokitukseen (SHTuL). (HoiDok 2008.)

Hoitotyön kirjaamisen kansallista käyttöönottoa tukemaan aloitettiin vuonna 2007 uusi hanke Kansallisesti yhtenäiset hoitotyön tiedot -hanke eli HoiData-hanke. Hankkeen

järjestelmäkohtaisissa työryhmissä jatkettiin erityisesti vaatimusmäärittelyjä ja tilastojen kehittämistä. Hankkeen aikana FinCC:n ylläpito ja kehittäminen siirtyivät Kuopion yliopistolle. (Tanttu 2008.)

Vuosina 2008-2012 eNNI hankkeessa (*engl. electronic-Documentation of Nursing Care - the Research and Development Project for the Creation of Nursing Informatics Competence in cooperation with those in education and nursing practice*) kehitettiin kirjaamismallin osaamista yhteistyössä ammattikorkeakoulujen ja työelämän edustajien kanssa (Rajalahti & Saranto 2009). Theseus-julkaisuarkisto on ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden ja julkaisujen verkkoarkisto. Verkkoarkistosta löytyy kymmeniä julkaistuja opinnäytetöitä, joissa on kuvattu hoitohenkilökunnan kokemuksia FinCC-luokituskokonaisuuden eri komponenttien käytöstä, osaamisesta ja koulutuksesta. (Theseus 2014.) Kehitystyön eri vaiheisiin liittyviä pro gradu -tutkielmia ovat muun muassa Jaana Junttilan (2002) Hoitotyön diagnoosien dokumentointi, Taina Jokisen (2005) Standardoitu terminologia hoitotyön toimintojen kirjaamisessa ja Ulla-Mari Kinnusen (2007) Rakenteinen tieto haavahoidon kirjaamisessa (Itä-Suomen yliopisto 2014).

Vuosien 2008–2011 Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma (Kaste-ohjelma) ohjasi ja tuki kunnallista sosiaali- ja terveydenhuoltoa. Yksi Kaste-ohjelman osahankkeista oli Vetovoimainen ja terveyttä edistävä terveydenhuolto (VeTe-hanke, HoiData-hankkeen jatkohanke), joka oli kahdeksan sairaanhoitopiirin yhteinen hankekokonaisuus. Hoitotyön henkilöstövoimavarojen hallinta (VeTeHH) -osahankkeen loppuraporttiin on koottu perusterveydenhuollon osioon Riihimäen terveystieteiden tutkimuskeskuksen tuottamat raportit ja erikoissairaanhoidon osioon Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin raportit rakenteisen kirjaamisen hyödyntämisestä. (VeTe 2011.)

THL ja STM sopivat hoitotyön ja moniammatillisen kirjaamisen jatkokehittämisen hankkeesta ajalle 15.10.2010–31.12.2011. Hanketta toteuttamaan perustettiin asiantuntijaryhmä. Loppuraportissa vuonna 2012 ryhmä määritteli tavoitetilakseen siirtymisen rakenteiseen kirjaamiseen, joka perustuu hoidolliseen päätöksenteon prosessimalliin ja FinCC-luokituskokonaisuuteen. Vuonna 2010 tehdyn arvioinnin tulosten perusteella kirjaamisen sisältö parantui, kirjattua tietoa voitiin hyödyntää enemmän ja tiedonhaku mahdollistui. Raportissa kuvattiin myös erilaiset tavat kirjata hoitotyötä Suomessa. Hoi-

totyötä kirjataan kansallisen kirjaamismallin mukaan, yliopistollisten sairaaloiden yhteisesti kehittämän moniammatillisen hoitokertomuksen otsikkorakenteen mukaan ja potilaiden hoitoisuuden arviointiin käytettävän mittarin osa-alueiden mukaisesti. Lisäksi on muita kirjaamistapoja erityisesti yksiköissä, joissa kirjaaminen tapahtuu edelleen paperille. Osa ryhmän jäsenistä jätti eriävän mielipiteen hoitotyön ja moniammatillisen kirjaamisen kehittämisestä. Mielipiteet koskivat vapaan tekstin kirjaamista komponenttitasolle, pilotoinnin luokitusversiota ja FinCC-luokitukseen yhdistettäviä muita, teoreettisesti perustelemattomia käsite rakenteita. (Nykänen & Junttila 2012.)

Hoitotyön luokitusten kehittäminen on vuosia kestävä prosessi, johon kuuluu myös toimivuuden testaaminen potilastietojärjestelmissä (Ensio & Saranto 2004). Kehittämistyötä jatketaan edelleen: elokuussa 2013 käynnistynyt Kansallisesti yhdenmukaisten rakenteisten potilaskertomusten asiantuntijaryhmän (KAYRA) hoitotyön alaryhmä miettii parhaillaan ehdotusta siitä, miltä osin FinCC-luokituskokonaisuutta käytetään potilaskertomuksen tietorakenteissa ja -sisällöissä (Saranto 2014; THL 2014).

3.2 FinCC-luokituskokonaisuuden käyttö

Vuonna 2005 tutkittiin FinCC-luokituskokonaisuuden (versio 1.0) yhteydessä käytettyä narratiivista tekstiä, jolla täydennettiin lääkityksen riskien ja sivuvaikutusten kirjaamista. Tutkimus tehtiin suomalaisen keskussairaalan yhdellä vuodeosastolla. Tutkimuksessa narratiivinen teksti analysoitiin laadullisella sisällönanalyysillä, joka kattoi 29 hoitotyön diagnoosia ja 84 hoitotyön interventiota. Silloisessa versiossa 1.0 oli yhteensä 17 komponenttia. Lääkehoito-komponentissa oli kolme pääluokkaa ja 14 alaluokkaa. Tulosten mukaan vapaasti kirjoitettu teksti ei aina vastannut komponentin sisältöä eikä noudattanut hoitotyön prosessin vaiheita. Vapaata tekstiä kirjattiin lähinnä Lääkehoito-komponentin pääluokan yhteyteen lyhyinä lauseina tai yksittäisinä sanoina. Erityisesti hoitotyön diagnoosien käyttö oli hoitajista vaikeata. Tutkimus osoitti, että rakenteisesta kirjaamisesta tarvitaan täydennyskoulutusta. Lisätutkimusta tarvittiin myös muiden komponenttien käyttöön liittyvästä täydentävästä narratiivisesta tekstistä. (Jylhä & Saranto 2009.)

Vuosina 2003–2006 kerättiin yhdestä suomalaisesta keskussairaalaista aineisto, joka koostui 67 neurologisen ja 422 kirurgisen potilaan sähköisten hoitosuunnitelmien tilastollisista analysoinneista. Tutkimuksessa kuvattiin sitä, kirjasivatko hoitajat kansallisen kirjaamismallin mukaisesti hoitotyötä prosessin eri vaiheissa. Tulokset vahvistivat kansallisen mallin sopivan kirjaamiseen. Hoitoprosessin kaikissa vaiheissa käytettiin mallia, mutta käyttö ei ollut johdonmukaista. Hoitotyön ydintietoja, kuten hoidon tarvetta, hoitotyön toimintoa ja hoidon tulosta kirjattiin käyttäen kaikkia muita FinCC:n komponenttien pää- ja alaluokkia, paitsi Terveyspalvelut-komponenttia, jota ei käytetty neurologisilla potilailla. Lääkehoito- ja Turvallisuus -komponenttia käytettiin kirjaamisessa vähän. Johtopäätöksissä pidettiin yllättävänä sitä, ettei hoitotyön prosessi ole yleisemmin käytössä kirjaamisessa, vaikka sen tiedetään parantavan potilasturvallisuutta ja hoitajien oikeusturvaa. (Häyrinen ym. 2010.)

Häyrisen tutkimuksessa (2011) arvioitiin sähköisen potilaskertomuksen tietoja ja tietokokonaisuuksia sekä niiden merkitystä hoitoprosesseissa ja määriteltiin moniammatillisen hoitoprosessin tietomalli. Hoitajien kirjaamisessa hyödynnettiin Suomalaista hoidon tarveluokitusta (SHTaL 1.0) ja hoitotyön toimintoluokitusta (SHToL 1.1). Hoidon tarve, tavoitteet, hoitotyön toiminnot ja hoidon tulokset kirjattiin eri komponentteja hyödyntäen. Kirjaamisessa hyödynnettiin luokituksen pää- ja alaluokkia ja luokkia täydennettiin vapaamuotoisella tekstillä. Kirjaamisessa hyödynnettiin koko luokituskokonaisuutta. Vertailtaessa lääkäreiden, hoitajien ja fysioterapeuttien yhtenäisiä tietoryhmiä keskenään havaittiin, että Lääkehoito-komponenttia käyttivät kaikki ammattiryhmät. Tulosten mukaan potilasta hoitavan henkilökunnan kirjaamistavat eivät olleet yhdenmukaiset ja erilaisten terminologioiden käyttö vaati yhteensovittamista. Tulosten tarkastelussa todettiin, että kansallisten terminologioiden tulisi perustua kansainvälisiin terminologioihin, jolloin kirjattua tietoa voitaisiin hyödyntää eri maissa. (Häyrinen 2011.)

Vuonna 2010 tutkittiin kansallisen hoitotyön kirjaamismallin ja hoitokertomuksen käytettävyyttä valituissa potilasjärjestelmissä. Lisäksi tutkittiin hoitotyön prosessimallin, luokitusten ja hoitokertomusten soveltuvuutta sekä käytettävyyttä moniammatillisessa hoitotyössä, erityisesti lääkäreiden ja hoitohenkilökunnan välisessä tiedonvälityksessä. Kolmivaiheiseen tutkimukseen osallistui 20 hoitajaa ja seitsemän lääkäriä. Yksittäisten komponenttien käyttöä ei arvioitu. FinCC koettiin laajaksi ja yksityiskohtaiseksi. Kaikkia luokituksen käsitteitä ja termejä ei koettu luonteviksi eikä ymmärrettäviksi. Käytet-

tävyystutkimuksen johtopäätöksissä todettiin, että kehittämistyössä tulee huomioida hoitotyön erilaisissa toimintaympäristöissä työskentelevien hoitajien ja lääkäreiden tarpeet. Eri tietojärjestelmätoteutuksiin kirjaustavat todettiin sopivan vaihtelevasti. Tutkimuksen tuloksena suositeltiin kirjaamismallin ja FinCC:n jatkokehittämistä. (Nykänen ym. 2010.)

Tuoreimmassa tutkimuksessa (Kinnunen 2013) käsiteltiin haavahoidon kirjaamista ja kehitettiin FinCC:n Kudoseheys-komponenttiin perustuva haavanhoidon kirjaamismalli. Tutkimuksessa oli kolme vaihetta. Ensimmäisessä vaiheessa vuoden 2003 potilaskertomusaineisto analysoitiin käyttäen teorialähtöistä sisällönanalyysiä. Toisen vaiheen systemaattisella kirjallisuuskatsauksella arvioitiin hoitotyön kirjaamisen arvioinnissa käytettyjä tutkimusmenetelmiä, ja kolmannessa vaiheessa haavanhoidon kirjaamismalli kehitettiin kaksikierroksisen Delphi-tutkimuksen avulla. Tulosten mukaan kirjaamalla haavanhoidon rakenteisesti kirjaaminen parantui ja täsmentyi. Myös ymmärrys, tietoisuus ja suhtautuminen rakenteiseen kirjaamiseen muuttuivat paremmiksi. Kehitetystä mallista on uusia Kudoseheys-komponentin pää- ja alaluokkia joidenkin entisten luokkien lisäksi. Standardoitu termistö vastaa haavanhoidon sanaston vakioinnin tarpeeseen. (Kinnunen 2013.)

3.3 Rakenteisen kirjaamisen tarkastelua kansainvälisissä tutkimuksissa

Systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa (Urqhart ym. 2009) tutkittiin hoitotyön kirjaamisen menetelmien vaikutusta hoitotyöhön ja potilaan hoidon tuloksiin. Katsaukseen valittiin yhdeksän tutkimusta, joista kahdeksan oli satunnaistettua kontrolloitua tutkimusta ja yksi kokeellinen tutkimus. Tutkimuksien kohderyhmänä olivat terveydenhuollon asiakkaat ja hoitohenkilökunta (N=1846). Äitiyshuollon kirjauksissa verrattiin asiakkaiden omien kirjausten ja hoitohenkilöstön kirjausten vaikutusta potilaan hoidon tuloksiin. Asiakkaiden omien kirjausten todettiin parantaneen asiakkaiden ja henkilökunnan keskinäisiä suhteita. Tutkimuksessa verrattiin myös sähköisen kirjaamisen ja paperisen kirjaamisen eroja sekä hoitotyön tuloksiin että asiakkaan hoidon tuloksiin. Sähköisen potilaskertomuksen todettiin säästävän aikaa esimerkiksi laboratoriovastausten hyödyntämisessä. Toisaalta sähköisen potilaskertomuksen kirjaamiseen ja lukemiseen kului enemmän aikaa kuin käytettäessä paperista potilaskertomusta. Hoitotyön

suunnitelman kirjaamisessa ei ollut eroa sähköisen tai paperisen potilaskertomuksen käytössä. Kirjaamismenetelmillä osoitettiin olevan vaikuttavuutta potilaan hoidon tuloksiin yksittäisissä ongelmissa kuten lasten kivun hoidossa. (Urquhart 2009.)

Sarannon ja Kinnusen (2009) systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa tutkittiin hoitotyön kirjaamisen arviointimenetelmiä sekä niiden vahvuuksia ja heikkouksia. Katsaukseen hyväksyttiin 41 tutkimusta, joiden sisältö analyysivaiheessa jaettiin kolmeen luokkaan: hoitotyön kirjaaminen (n=8), potilaskeskeinen kirjaaminen (n=19) ja rakenteinen kirjaaminen (n=14). Hyväksytyissä tutkimuksissa oli käytetty sekä laadullisia että määrällisiä tutkimusmenetelmiä. Oskoot vaihtelivat tutkimusmenetelmästä riippuen 10 - 787 välillä. Tulosten yhteenvedossa todettiin, että hoitotyön kirjaamisen arvioinnissa oli käytetty useita erilaisia tutkimusmenetelmiä. Arvioituissa tutkimuksissa ei raportoitu kansainvälistä yhteistyötä. Tiedonkeruussa oli pääsääntöisesti käytetty paikallisia arviointimenetelmiä, joiden validiteetti oli harvoin testattu. Rakenteisen hoitotyön terminologian käyttö sähköisissä hoitokertomuksissa lisäsi kirjaamisen laatua ja helpotti hoitotyön tulosten mittaamista. Tulosten mukaan tarvitaan lisää tutkimusta potilaan hoitotulosten kirjaamisesta sekä potilaan itsensä että hänen omaistensa mielipiteistä ja arvioista hoidosta. (Saranto & Kinnunen 2009.)

Systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa (Saranto ym. 2013) tutkittiin rakenteisia menetelmiä, joiden avulla oli arvioitu terveydenhuollon työpanoksia, prosesseja ja tuloksia. Tavoitteena oli kuvata erilaisten tietorakenteiden vaikutusta hoitotyön kirjauksiin tai hoitosuunnitelmiin. Katsauksen lopulliseen analyysiin hyväksyttiin 38 tutkimusta. Tuloksissa tietorakenteiden vaikutukset jaettiin positiivisiin ja odottamattomiin. Positiivisina vaikutuksina hoitokirjauksissa pidettiin käytännön hoitotyön tukemista, hoitotyön jatkuvuutta, yhteistyötä ja tiedon välitystä. Odottamattomina vaikutuksina pidettiin resurssien puutetta ja negatiivista asennetta johtuen esimiesten tuen puutteesta. Tietorakenteiden positiivisina vaikutuksina pidettiin parantunutta potilasturvallisuutta ja lisääntynyttä hoidon tulosten arviointia. Sairaanhoidajat suhtautuivat pääosin myönteisiä kirjaamisen rakenteisiin, mutta kokivat tarvitsevansa lisää koulutusta ja johdon tukea suoremman hyödyn saamiseksi. (Saranto ym. 2013.)

Hoerbstin ja Ammenwerthin (2010) tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata sähköisen potilaskertomuksen laatuksiteerejä. Tutkimusmenetelmänä oli systemaattinen kirjalli-

suuskatsaus yhdistettynä asiantuntijoiden (N=55) haastatteluihin, joissa käytettiin ongelmalähtöistä, laadullista, tietokonepohjaista puhelinhaastattelua yhdistettynä henkilökohtaisiin haastatteluihin. Kirjallisuuskatsauksen perusteella tutkimukseen hyväksyttiin yhteensä 270 lähdettä, joista 210 oli tieteellisiä julkaisuja, 50 suosituksia ja 10 ohjeita. Näistä muodostui 1900 kriteeriä, joista lopulliseen kriteeristöön hyväksyttiin 1200 kriteeriä. Kriteereistä 203 oli mainittu myös asiantuntijahaastatteluissa. Aineisto analysoitiin sisällön analyysillä. Vaatimukset kategorioitiin kansainvälisten ohjelmistojen laadunarvioinnin standardien ISO 9126 ja Europe 2002 mukaisesti. Tulosten mukaan kehityksen kannalta on tärkeää, että sähköinen potilaskertomus perustuu tieteellisesti tutkittuihin ja rajattuihin sekä toiminnallisiin että ei-toiminnallisiin laatuvaatimuksiin. (Hoerbst & Ammenwerth 2010.)

4 TUTKIMUKSEN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

Tässä tutkimuksessa viitekehyksenä käytettiin Ciminon kehittämää hierarkkisen sanaston kriteeristöä. Vaikka Cimino keskittyi lääketieteen termeihin ja niiden rakenteisiin, voidaan hänen kehittämää vaatimusmäärittelyä käyttää myös muiden tieteenalojen tutkimuksen viitekehyksenä. (Cimino 1998; Cimino 2006.)

Tieteenalana Sosiaali- ja terveydenhuollon tietohallinto on nuori, alan koulutus alkoi Suomessa vuonna 2000. Sosiaali- ja terveydenhuollon tieteenalan tutkimuskenttä muodostuu neljästä ulottuvuudesta, jotka ovat toimijat, tieto, toiminta ja menetelmät. Tässä luvussa esitellään Ciminon kriteeristö ja sosiaali- ja terveydenhuollon tiedonhallinnan paradigma.

4.1 Ciminon hierarkkisen sanaston kriteerit

Sanastojen laatimisessa ja arvioinnissa käytetään usein Ciminon (1998) laajaan kirjallisuuskatsaukseen perustuva vaatimusmäärittelyä. Alun perin Cimino on esittänyt nämä määrittelyt lääketieteellisille sanastoille ja niiden standardeille. Näitä vaatimuksia voidaan kutsua myös hierarkkisen sanaston kriteereiksi. Ciminon mukaan jokaisella käsitteellä tulisi olla yksi johdonmukainen merkitys, mikä vähentää termien monitulkinnaisuuden mahdollisuutta. Tässä tutkimuksessa käännettyjä kriteereitä verrattiin Lääkehoito- ja Turvallisuus -komponenttien sisällönanalyysin tuloksiin. Käännetty hierarkkisen sanaston 12 kriteeriä ovat:

1 Termien sisältö (engl. Content) tarkoittaa termin sisällöllistä määrittämistä riittävän kattavasti. Sanastojen sisällön kehittäminen on tärkeämpää kuin sanaston termien lukumäärä. Tarkoituksena on kehittää monikäyttöinen sanasto, joka auttaa lääketieteen ja hoitotyön terminologian käyttäjiä. Sanastojen sisällön jatkuva laajentaminen ei saa kuitenkaan johtaa sanaston ”tilkkutäkkimäiseen” epäjohdonmukaiseen rakenteeseen.

2 *Käsitteen määrittely (engl. Concept Orientation)* tarkoittaa sanaston termin yksiselitteistä merkityksen määrittämistä. Jokaisella termillä on yksiselitteinen käsite riippumatta siitä, missä yhteydessä sitä käytetään. On tärkeää erottaa käsitteen epäselvyys sen käytön epäselvyydestä. Käsitteen määrittelyssä termit voidaan liittää vähintäänkin yhteen merkitykseen (*epämääräisyyden välttäminen, engl. nonvagueness*) ja vain yhteen merkitykseen (*monitulkinnaisuuden välttäminen, engl. nonambiguity*) sekä lisäksi samaa merkitystä ei voi liittää useampaan kuin yhteen termiin (*päällekkäisyyksien välttäminen, engl. nonredundancy*).

3 *Käsitteen pysyvyys (engl. Concept Permanence)* tarkoittaa alkuperäisen käsitteen merkityksen säilymistä muuttumattomana, vaikka sitä voidaanakin tarvittaessa muokata vastaamaan hoitotyön tai teknologian kehitystä. Esimerkkinä voidaan pitää käsitettä ”tahdistin”, joka ensin oli ulkoinen potilaan kantama laite, mutta kehityksen myötä voitiin implantoida potilaaseen. Nyt tahdistin voidaan nimetä ”sisäiseksi tahdistimeksi” eikä käsitteen merkitys ole kuitenkaan muuttunut.

4 *Yksilöllinen tunniste (engl. Noncsemantic Concept Identifier)* tarkoittaa koodia, jonka avulla jokainen sanaston termi voidaan liittää käsitteeseen. Koodi osoittaa käsitteen paikan sanaston hierarkiassa, joka muodostuu pää- ja alaluokista. Tunnisteen porrastus (hierarkia) tekee koodista käyttäjälle ymmärrettävämmän.

5 *Sanaston moniperintäisyys (engl. Polyhierarchy)* mahdollistaa useiden yläluokkien määrittämisen samalle käsitteelle ja näin auttaa käyttäjää paikallistamaan ja ryhmittelemään samanlaisia käsitteitä. Sanastot ovat usein taksonomialtaan tiukkoja, joten ne ovat helpommin myös sanaston ylläpitäjän hallittavissa ja muokattavissa.

6 *Formaalisten määritelmien (engl. Formal Definitions)* käyttö on monien tutkijoiden ja kehittäjien mielestä sanastoissa olennaista. Hierarkiapuussa käytetään tieteenalaan perustuvia termejä, joiden selkeät määrittelyt helpottavat myös yhteistä kehitystyötä tietojärjestelmätoimittajien kanssa. Formaalisten määritelmien käyttö on edellytys myös termien koodaamiseksi tietokoneen ymmärtämälle kielelle (konekielelle).

7 *Muualla luokittelemattoman (engl. Not Elsewhere Classified)* luokan käyttö ei ole suositeltavaa. Tällaisen luokan termi perustuu muun kuin oman tieteenalan sanastoihin eikä sitä näin ollen ole määritelty riittävän tarkalla tasolla.

8 *Monikertainen rakenteisuus (engl. Multiple Granularities)* sanastossa mahdollistaa käsitteiden erilaisuuden tason, suuruusluokan tai laajuuden. Käyttäjän kannalta on kuitenkin tärkeätä, että kunkin käsitteen näkymä (kerralla näkyvät tiedot) ei ole ristiriidassa eri tasojen kanssa.

9 *Sanaston edustama konteksti (engl. Representing Context)* tarkoittaa termiä käyttävien keskinäistä yhteyttä, yhteisöllistä ymmärrystä. Sanasto ei voi kuitenkaan koskaan olla riittävän joustava, laajennettava tai kattava ilman määrittelyä siitä, miten sitä tulisi käyttää.

10 *Useat johdonmukaiset näkymät (engl. Multiple Consistent Views)* tarkoittavat käyttäjän mahdollisuutta käyttää sanaston karkeaa ylätasoa (pääluokka) tarkempaa alatasoa (alaluokka) suoraan silloin, kun kyseisen alaluokan termi on asiayhteydeltään merkityksellinen. Useiden johdonmukaisten näkymien periaate toimii myös päinvastoin; ainoastaan pääluokan käyttäminen on tarkoituksenmukaista tietyissä tilanteissa.

11 *Sulava kehittyminen (engl. Evolve Gracefully)* tarkoittaa sitä, että väistämättömästi täydellinenkin sanasto muuttuu alan kehityksen ja tietämyksen lisääntyessä. Käyttäjien kannalta muutokset eivät aina ole kuitenkaan positiivisia, erityisesti jos käsitteen merkitys muuttuu. Perusteltu, yksityiskohtainen tieto muutoksista ja niihin johtavista syistä nopeuttaa uusien termien hyväksymistä. Aiemmin koodattuja tietoja tulee yhdistää joustavasti uusiin koodauksiin.

12 *Päällekkäisyyden tunnistaminen (engl. Recognize Redundancy)* sanastossa tarkoittaa synonyymien käyttöä, mikä helpottaa käyttäjiä havaitsemaan termin yhteyden tiettyyn käsitteeseen.

Edellä esittämiensä hierarkkisten luokitusten kriteereihin Cimino lisää myöhemmin vielä uusia vaadittavia ominaisuuksia. Ciminon (2006) laatimia lisävaatimuksia sanastoille ja koodeille ovat: 1) Termistön tulee tukea sitä, mitä potilaasta tiedetään; konkreettisia

tarkkoja havaintoja ja tietoja potilaasta, ei niiden tulkintaa tai pohdintaa. 2) Termistön tulee tukea tiedonhakua, mistä syystä termien merkitysten tulee olla yleisesti hyväksytyjä ja tiedossa olevia. Lisäksi myös aiemmin tallennettu tieto potilaasta tulee säilyä muuttumattomana. 3) Tiedon tallennus ja haku tulee tapahtua siten, ettei tiedon katoaminen ole mahdollista. 4) Termien tulee tukea tiedon ryhmittelyä. Esimerkiksi etsittäessä tietyn lääkkeen saaneita potilaita, tulee nämä potilaat pystyä identifioimaan järjestelmästä. Potilaat tulee löytyä vaikka lääkkeen nimi tai koostumus on muuttunut aiemmasta. 5) Termien on tuettava tiedon uudelleen käyttöä. 6) Termien tulee tukea käyttäjän päättelyä; ohjata ja auttaa johtopäätöstentekoa erilaisissa potilaan hoitoratkaisuissa. (Cimino 2006.)

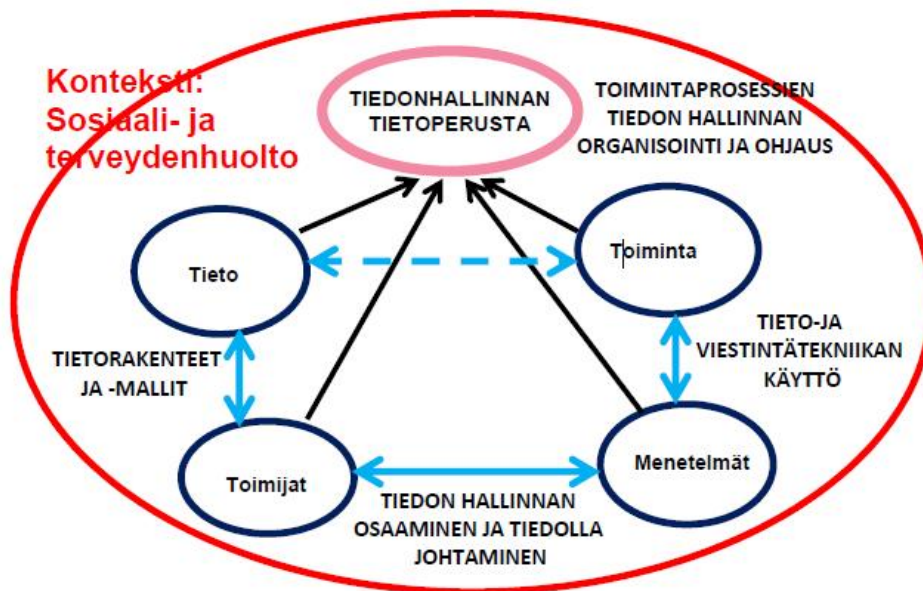
4.2 Sosiaali- ja terveydenhuollon tietohallinnon paradigma

Paradigmalla tarkoitetaan vakiintunutta käsitystä tieteenalan tutkimuskohteesta, teorioista, käytetyistä menetelmistä ja toimintaa ohjaavista lähtökohdista. Usein paradigma on selkeä mallia tai kaavio. (Kankkunen ym. 2009.) Sosiaali- ja terveydenhuollon tietohallinto (Health and Human Services Informatics) on tieteenalana nuori, vakinaisen yliopistollisen oppituolinsa ala sai vuonna 2005 ja tutkimuksellisesti ala kehittyi kansainvälistä tiedonhallinnan tutkimusta seuraten. Opetuksen taustalla on International Medical Informatics Association'n (IMIA) Health Informatics - terveydenhuollon tiedonhallinnan opetussuunnitelma, jota sovelletaan Suomen oloihin. Tieteenala kehittää terveydenhuollon tutkijoita, ammattilaisia, tietohallintoasiantuntijoiden kompetenssiroolia ja siten tieto-taitoa toimijoita tuottajien ja käyttäjien välille. Tiedonhallinnan tiedeperustana on systeemiteoria ja siihen liittyvät tietojenkäsittely- ja tietojärjestelmätieteet sekä informaatio- ja innovaatiotutkimus. (Kuusisto-Niemi & Saranto 2009.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon tieteenalan monitieteinen tutkimuskenttä muodostuu neljästä ulottuvuudesta. Nämä neljä ulottuvuutta ovat toimijat, tieto, toiminta ja menetelmät. Toimijoina ovat kaikki sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja käyttävät ja tuottavat henkilöt tai organisaatiot. Tieto on tiedon arvoketju ja jatkumo datasta viisauteen. Kun siirrettävä tieto jalostuu, sen monimutkaisempaa, monimuotoisempaa ja verkostomaisempaa tiedosta tulee. Sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnalla tarkoitetaan palvelujen suunnittelua, toteutusta, käyttöä ja arviointia. Menetelmillä tarkoitetaan synty-

neiden tietojen käsittelyä, tallentamista ja välittämistä erilaisin teknisin ja sosiaalisin toimintavoin. (Kuusisto-Niemi & Saranto 2009; Saranto & Kuusisto-Niemi 2012.)

Tiedonhallinnan tutkimuksen viitekehys eli paradigma havainnollistuu kuviossa 4.



KUVIO 4. Sosiaali ja terveydenhuollon tiedonhallinnan paradigma (Kuusisto-Niemi & Saranto 2012)

Kansainvälisen tiedonhallinnan tutkimusagenda 2008–2018 mukaan tämänhetkisiä tietohallinnon tutkimuskohteita ovat innovatiivisuuden ja korkean teknologian valjastaminen ammattilaisten ja potilaiden hyödyksi. Tulevaisuudessa järjestelmien avulla voisi edistää yhteisöllistä oppimista, kannustaa arviointiin ja jopa sisäistää hoitotyön teorioita. (Bakken ym. 2012.)

Sijoitan tämän tutkimukseni tiedonhallinnan paradigmassa tiedonhallinnan osaamiseen ja tiedolla johtamiseen eli toimijoiden ja menetelmien välille, koska FinCC-luokituskokonaisuuden käyttö ei ole vielä vakiintunutta ja sitä kehitetään edelleen käyttäjiltä saatujen arviointien pohjalta.

5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kuvata käyttäjien arvioita Suomalaisen hoitotyön luokituskokonaisuuden FinCC:n hoidon tarveluokituksen SHTaL ja hoitotyön toimintoluokituksen SHToL Lääkehoito- ja Turvallisuus -komponenttien käytöstä hoitotyön kirjaamisessa. Lisäksi tarkoituksena on tuottaa tietoa FinCC-luokituskokonaisuuden kehittämistyöhön mahdollisista Lääkehoito- ja Turvallisuus -komponenttien käyttöön vaikuttavista edistävistä ja ehkäisevistä tekijöistä.

Tutkimuksessa etsitään vastausta seuraaviin kysymyksiin:

1. Minkälaiseksi käyttäjät ovat kokeneet Suomalaisen hoidon tarveluokituksen SHTaL käytön kirjatessaan potilaan hoitotyön tarvetta lääkehoidon ja turvallisuuden osalta?
2. Minkälaiseksi käyttäjät ovat kokeneet Suomalaisen hoitotyön toimintaluokituksen SHToL käytön kirjatessaan potilaan hoitotyön toimintoja lääkehoidon ja turvallisuuden osalta?
3. Miten vastaajat kehittäisivät Lääkehoito- ja Turvallisuus -komponentteja?

6 TUTKIMUKSEN AINEISTO JA ANALYYSIMENETELMÄT

Tämän tutkimuksen aineistona olivat käyttäjien antamat arviot FinCC:n SHTaL ja SHToL Lääkehoito- ja Turvallisuus -komponenttien käytöstä hoitotyön kirjaamisessa. Aineistoa analysoitiin määrällisin ja laadullisin menetelmin.

6.1 Tutkimuksen kohderyhmä ja aineiston keruu

Tämän tutkimuksen kohderyhmänä oli keväällä 2010 FinCC:n käyttäjäkyselyyn vastannut hoitotyön henkilöstö. Kyselyyn saatiin 148 vastausta. Vastauksista 68 oli ryhmän antamia arvioita ja 55 yksilöarvioita. 25 vastaajaa ei vastannut kysymykseen, oliko luokituspalautte annettu ryhmässä vai yksilöpalautteena. Vastaajat olivat käyttäneet SHTaL ja SHToL versiota 2.0 tai 2.01 vähintään kuusi kuukautta. Vastaajat arvioivat FinCC:n 19 komponenttia, joista tässä tutkimuksessa analysoidaan Lääkehoito- ja Turvallisuus -komponenteista annetut arviot.

Tutkimus toteutettiin kyselynä, jonka laati FinCC-asiantuntijaryhmä yhteistyössä Itä-Suomen yliopiston sosiaali- ja terveydenjohtamisen laitoksen ja THL:n kanssa. Käyttäjäkysely toteutettiin Webropol kysely-lomake sovelluksella (liite 3). Sähköisen kyselyn etuja ovat nopeus, taloudellisuus, joustavuus ja ympäristöystävällisyys (Heikkilä ym. 2008). Kysely lähetettiin FinCC-yhdyshenkilöiden kautta sähköpostitse erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon ja sosiaalihuollon henkilökunnalle. Sähköpostiviesti sisälsi linkin kyselylomakkeeseen ja saatekirjeen, jossa informoitiin vastaajia kyselystä seuraavien asioiden osalta: kyselyn tarkoitus, ohjeet kyselyyn vastaamisesta, ohjeet arvioinnin antamisesta yksilö- tai ryhmäarviointina sekä kyselyn yhdyshenkilön yhteystiedot. Viestin mukana postitettiin myös SHTaL ja SHToL versiot 2.0 ja 2.01 (liite 4 ja liite 5). Aineisto koottiin 1.2.–16.4.2010. Sovitun palautusajan jälkeen kyselyjä palautettiin vielä 13 kpl, jotka otettiin mukaan aineistoon. Tutkimuksen aineisto analysoitiin ja kuvattiin Microsoftin Excel -taulukkolaskentaohjelmalla.

6.2 Aineiston analyysimenetelmät

Määrällistä ja laadullista tutkimusmenetelmää voidaan yhdistää samassa tutkimuksessa (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997). Kvantitatiivista (määrällinen) tutkimusmenetelmää käytetään, kun tutkittavan ominaisuuksien mittaamisessa kuvataan vastauksia numeerisesti ja pyritään saamaan vastauksia kysymyksiin: mikä, missä, kuinka usein ja kuinka paljon (Holopainen & Pulkkinen 2008).

Tässä tutkimuksessa käytettiin 5-portaista Likert-asteikkoa (täysin samaa mieltä, jokseenkin samaa mieltä, jokseenkin eri mieltä, täysin eri mieltä, en osaa sanoa) kuvaamaan vastaajien arviota SHTaL ja SHToL Lääkehoito- ja Turvallisuus- komponenttien käyttökelpoisuudesta yksikön potilasaineistossa, komponentin yksiselitteisyydestä hoidotyön henkilöstölle ja muulle henkilökunnalle, komponentin sisällön kattavuudesta sekä komponentin konkreettisuudesta. Likert-asteikkoa käytetään erityisesti mitattaessa vastaajan käsitystä, asennetta tai motivaatiota (Metsämuuronen 2009). Tulokset esitetään frekvensseinä ja prosenttiosuuksina.

Sisällön analyysin tarkoituksena on luoda hajanaisesta aineistosta selkeää ja mielekästä ja tuottaa tiivistämällä uutta tietoa tutkittavasta asiasta. Laadullisen tutkimuksen ongelmallisempina vaiheena pidetään tulkintojen tekemistä. (Eskola & Suoranta 2008.) Laadullisessa aineistolähtöisessä tutkimuksessa sisällönanalyysi on perusprosessi, jolla analysoidaan kirjoitettua ja suullista kommunikaatiota, tarkastellaan asioiden ja tapahtumien merkityksiä, seurauksia ja yhteyksiä (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003).

Tässä tutkimuksessa Lääkehoito- ja Turvallisuus -komponenttien osalta avoimien vastausten analyysissä käytettiin aineistolähtöistä sisällönanalyysiä. Vastaajia pyydettiin valitsemaan Lääkehoito- ja Turvallisuus -komponenttien SHTaL:n ja SHToL:n pääluokat ja alaluokat, joita vastaaja halusi kommentoida, muuttaa tai poistaa. Lisäksi vastaajaa pyydettiin ottamaan kantaa alaluokkien sopivuuteen tai tarpeellisuuteen niiden puuttuessa ja kirjaamaan vapaaseen alla olevaan tilaan luokista ne, joita halusi kommentoida perusteluineen.

Vastaajien SHTaL ja SHToL Lääkehoito- ja Turvallisuus -komponenttien vapaakenttiin antamat vastaukset luettiin läpi useamman kerran ja sisällöllisesti samankaltaiset vas-

taukset yhdisteltiin. Saatua aineistoa verrattiin Ciminon hierarkkisen sanaston kriteeristöön. Analyysiprosessin eri vaiheissa pyrittiin ymmärtämään vastaajia heidän omista lähtökohdistaan. (Tuomi & Sarajärvi 2009.)

7 TUTKIMUKSEN TULOKSET

Tutkimustulokset esitellään vastaajille lähetetyn kyselyn mukaisessa järjestyksessä (liite 3). Ensin esitellään kaikkien 19 komponentin vastaajien taustatiedot. Sitten esitellään vastaajien arviot SHTaL:n ja SHToL:n Lääkehoito- ja Turvallisuus -komponenttien käytöstä. Tämän jälkeen esitellään vastaajien antamat Lääkehoito- ja Turvallisuus -komponenttien kehittämisehdotukset. Lopuksi verrataan kehitysehdotuksia tutkimuksen teoreettisena viitekehyksenä oleviin Ciminon (1998) kriteereihin.

7.1 Vastaajien taustatiedot

Erikoissairaanhoidon työyksiköissä työskenteli 73 prosenttia vastanneista (n=108). Heistä vuodeosastoilla työskenteli 69 ja poliklinikoilla 30 vastaajaa. Muussa erikoissairaanhoidon yksikössä ilmoitti työskentelevänsä 9 vastaajaa. Kolme yleisintä erikoissairaanhoidossa hoidettu potilasryhmää olivat sisätautiset potilaat, psykiatriset potilaat ja muistihäiriöiset. Perusterveydenhuollon työyksiköissä työskenteli 22 prosenttia vastaajista (n=33). Heistä perusterveydenhuollon vuodeosastoilla työskenteli 23 vastaajaa. Kolme yleisintä terveyskeskuksessa hoidettu potilasryhmää olivat muistihäiriöiset, sisätautiset potilaat ja vanhukset. Sosiaalihuollon työyksiköissä työskenteli 5 prosenttia vastaajista (n=7). Kolme yleisintä sosiaalihuollon potilasryhmää olivat muistihäiriöiset, sisätautiset potilaat ja kehitysvammaiset.

Mirandan työyksikössä käytössä olevaksi potilasjärjestelmäksi ilmoitti 47 vastaajaa, Effican 39 vastaajaa, Pegasoksen 30 ja Mediatrian 21 vastaajaa. 77 prosenttia vastaajista (n=114) oli sitä mieltä, että kaikkien potilaiden hoidon kirjauksissa käytetään FinCC-luokituskokonaisuutta. 77 prosenttia oli sitä mieltä, että hoitohenkilökunta käytti FinCC-luokituskokonaisuutta (n=114) ja kahdeksan vastaajan mielestä muutkin ammattiryhmät käyttivät luokitusta. Taulukossa viisi on esitetty vastaajien FinCC-luokituskokonaisuuden eri osa-alueiden käyttäjät.

Taulukko 5. FinCC-luokitusten käyttöaika

Luokitus	6kk – 1v	1v – 2v	yli 2 vuotta	Ei ole käytössä	Tyhjä
SHTaL	23	47	48	1	29
SHToL	21	37	48	2	40
SHTuL	12	17	20	44	55
Yhteensä	56	101	116	47	126

Yli vuoden SHTaL-luokitusta oli käyttänyt 64 prosenttia vastaajista (n=95), SHToL-luokitusta 57 prosenttia vastanneista (n=85) ja SHTuL-luokitusta 25 prosenttia vastaajista (n=37). Yksi vastaaja ilmoitti, ettei ollut käyttänyt SHTaL-luokitusta. Kaksi vastaajaa ilmoitti, ettei ollut käyttänyt SHToL-luokitusta ja 44 vastaajaa ilmoitti, ettei ollut käyttänyt SHTuL-luokitusta.

7.2. Vastaajien arviot Lääkehoito ja Turvallisuus komponenttien SHTaL ja SHToL käytöstä

Ensimmäiseen tutkimuskysymykseen: minkälaiseksi käyttäjät ovat kokeneet SHTaL:n käytön kirjattaessa potilaan hoitotyön tarvetta lääkehoidon ja turvallisuuden osalta, haettiin vastausta kysymällä arvioita Lääkehoito- ja Turvallisuus -komponenttien käyttökelpoisuudesta yksikön potilasaineistossa, komponentin yksiselitteisyydestä hoitotyön henkilöstölle ja muulle henkilökunnalle, komponentin sisällön kattavuudesta sekä komponentin konkreettisuudesta. Vastaajille annetut vastausvaihtoehdot olivat: täysin samaa mieltä, jokseenkin samaa mieltä, jokseenkin eri mieltä, täysin eri mieltä ja en osaa sanoa.

Toiseen tutkimuskysymykseen: minkälaiseksi käyttäjät ovat kokeneet SHToL:n käytön kirjatessaan potilaan hoitotyön toimintoja lääkehoidon ja turvallisuuden osalta, haettiin vastauksia kysymällä arvioita Lääkehoito- ja Turvallisuus -komponenttien käyttökelpoisuudesta yksikön potilasaineistossa, komponentin yksiselitteisyydestä hoitotyön henkilöstölle ja muulle henkilökunnalle, komponentin sisällön kattavuudesta sekä komponentin konkreettisuudesta. Vastaajille annetut vastausvaihtoehdot olivat: täysin samaa mieltä, jokseenkin samaa mieltä, jokseenkin eri mieltä, täysin eri mieltä ja en osaa sanoa.

Vastaajien arviot Lääkehoito-komponentin SHTaL ja SHToL käytöstä esitetään taulukoissa 6. ja 7. Kummassakin taulukoissa esitetään tulosten kaikki lukumäärät ja prosenttiosuudet, mutta sanallisessa tulkinnassa esitetään ”täysin samaa mieltä” ja ”jokseenkin samaa mieltä” vastausvaihtoehtojen prosenttiosuudet ja lukumäärät yhdistettynä.

Vastaajista suurin osa (84 %) oli sitä mieltä, että SHTaL Lääkehoito-komponentti oli käyttökelpoinen yksikön potilasaineistossa (n=98). 87 % vastanneista piti komponenttia yksiselitteisenä hoitotyön henkilöstölle (n=102) ja 50 % mielestä se oli yksiselitteinen muulle henkilökunnalle (n=56). 83 % mielestä komponentti oli sisällöltään kattava (n=95) ja sitä piti konkreettisenä 86 % vastanneista (n=97). Eniten ”en osaa sanoa” vaihtoehtoja (36 %) vastattiin kysymykseen, oliko komponentti yksiselitteinen muulle henkilökunnalle (n=40). SHTaL luokituksen Lääkehoito -komponentin kaikki arviot esitetään yksityiskohtaisesti taulukossa 6.

TAULUKKO 6. Vastaajien arviot SHTaL Lääkehoito-komponentin käytöstä

SHTaL	Käyttökelpoinen yksikkömme potilasaineistossa n (%)	Yksiselitteinen hoitotyön henkilöstölle n (%)	Yksiselitteinen muulle henkilökunnalle n (%)	Sisällöltään kattava n (%)	Konkreettinen n (%)
Täysin samaa mieltä	62 (53)	55 (47)	23 (20)	59 (52)	62 (55)
Jokseenkin samaa mieltä	36 (31)	47 (40)	33 (29)	36 (32)	35 (31)
Jokseenkin eri mieltä	10 (8)	8 (7)	12 (11)	11 (10)	9 (8)
Täysin eri mieltä	7 (6)	3 (3)	4 (4)	3 (3)	4 (4)
En osaa sanoa	2 (2)	3 (3)	40 (36)	5 (4)	3 (3)
Yhteensä	117	116	112	114	113

Lääkehoito-komponentin osalta SHToL luokituksesta annettiin arvioita hieman vähemmän kuin SHTaL:n osalta ja vastaukset olivat jonkin verran myönteisimpiä.

Vastaajista 91,5 % oli sitä mieltä, että SHToL Lääkehoito-komponentti oli käyttökelpoinen yksikön potilasaineistossa (n=101). Komponenttia piti yksiselitteisenä hoitotyön henkilöstölle 93 % vastanneista (n=102), muulle henkilökunnalle yksiselitteisenä sitä piti 56,5 % (n=60) ja 32 % (n=34) ei osannut sanoa, oliko komponentti yksiselitteinen muulle henkilökunnalle. 88 % mielestä komponentti oli sisällöltään kattava (n=95) ja sitä piti konkreettisenä 90 % vastanneista (n=97).

SHToL luokituksen Lääkehoito-komponentin kaikki arviot esitetään yksityiskohtaisesti taulukossa 7.

TAULUKKO 7. Vastaajien mielipiteet SHToL Lääkehoito-komponentin käytöstä

SHToL	Käyttökelpoinen yksikkömme potilasaineistossa n (%)	Yksiselitteinen hoitotyön henkilöstölle n (%)	Yksiselitteinen muulle henkilökunnalle n (%)	Sisällöltään kattava n (%)	Konkreettinen n (%)
Täysin samaa mieltä	74 (67)	57 (52)	26 (24,5)	62 (57)	69 (64)
Jokseenkin samaa mieltä	27 (24,5)	45 (40)	34 (32)	33 (31)	28 (26)
Jokseenkin eri mieltä	6 (5,5)	5 (5)	8 (7,5)	9 (8)	6 (6)
Täysin eri mieltä	3 (3)	2 (2)	4 (4)	3 (3)	3 (3)
En osaa sanoa	0 (0)	1 (1)	34 (32)	1 (1)	1 (1)
Yhteensä	110	110	106	108	107

Vastaajien arviot Turvallisuus-komponentin SHTaL ja SHToL käytöstä esitetään taulukoissa 8. ja 9. Kummassakin taulukoissa esitetään tulosten kaikki lukumäärät ja prosenttiosuudet, mutta sanallisessa tulkinnassa esitetään ”täysin samaa mieltä” ja ”jokseenkin samaa mieltä” vastausvaihtoehtojen prosenttiosuudet ja lukumäärät yhdistettynä.

Vastaajista 67 % oli mieltä siitä, että SHTaL Turvallisuus-komponentti oli käyttökelpoinen yksikön potilasaineistossa (n=75). 70 % vastanneista piti komponenttia yksiselit-

teisenä hoitotyön henkilöstölle (n=77) ja 38 % mielestä se oli yksiselitteinen muulle henkilökunnalle (n=41). Vastanneista 43 % ei osannut vastata kysymykseen, oliko komponentti yliselitteinen muulle henkilökunnalle (n=47). 61 % mielestä komponentti oli sisällöltään kattava (n=67) ja sitä piti konkreettisena 66 % vastanneista (n=71).

SHTaL luokituksen Turvallisuus-komponentin kaikki arviot esitetään yksityiskohtaisesti taulukossa 8.

TAULUKKO 8. Vastaajien mielipiteet SHTaL Turvallisuus-komponentin käytöstä

SHTaL	Käyttökelpoinen yksikköme potilasaineistossa n (%)	Yksiselitteinen hoitotyön henkilöstölle n (%)	Yksiselitteinen muulle henkilökunnalle n (%)	Sisällöltään kattava n (%)	Konkreettinen n (%)
Täysin samaa mieltä	39 (35)	34 (31)	16 (15)	32 (29)	34 (32)
Jokseenkin samaa mieltä	36 (32)	43 (39)	25 (23)	35 (32)	37 (34)
Jokseenkin eri mieltä	17 (15)	16 (14)	15 (14)	22 (20)	19 (18)
Täysin eri mieltä	15 (13)	7 (6)	6 (5)	5 (5)	5 (5)
En osaa sanoa	5 (5)	11 (10)	47 (43)	15 (14)	12 (11)
Yhteensä	112	111	109	109	107

Turvallisuus-komponentin osalta SHToL luokituksesta annettiin arvioita hieman vähemmän kuin SHTaL:n osalta ja vastaukset olivat myönteisimpiä. 71 % vastaajista oli sitä mieltä, että komponentti oli käyttökelpoinen yksikön potilasaineistossa (n = 75). Komponenttia piti yksiselitteisenä hoitotyön henkilöstölle 73 % vastanneista (n = 77), muulle henkilökunnalle yksiselitteisenä sitä piti 40 % (n=42), mutta 41 % (n=43) ei osannut sanoa, oliko komponentti yksiselitteinen muulle henkilökunnalle. 68 % mielestä komponentti oli sisällöltään kattava (n=71) ja sitä piti konkreettisena 71 % vastanneista (n=75).

SHToL luokituksen Turvallisuus-komponentin kaikki arviot esitetään yksityiskohtaisesti taulukossa 9.

TAULUKKO 9. Vastaajien mielipiteet SHToL Turvallisuus-komponentin käytöstä

SHToL	Käyttökelpoinen yksikköme potilasaineistossa n (%)	Yksiselitteinen hoitotyön henkilöstölle n (%)	Yksiselitteinen muulle henkilökunnalle n (%)	Sisällöltään kattava n (%)	Konkreettinen n (%)
Täysin samaa mieltä	36 (34)	36 (34)	15 (14)	33 (31)	38 (36)
Jokseenkin samaa mieltä	39 (37)	41 (39)	27 (26)	38 (36)	37 (35)
Jokseenkin eri mieltä	16 (15)	12 (11)	12 (12)	14 (13)	13 (12)
Täysin eri mieltä	11 (10)	7 (7)	7 (7)	8 (8)	7 (7)
En osaa sanoa	4 (4)	9 (9)	43 (41)	12 (12)	10 (10)
Yhteensä	106	105	104	105	105

7.3 Vastaajien Lääkehoito- ja Turvallisuus -komponenttien SHTaL ja SHToL kehitysehdotukset

Kolmannella tutkimuskysymyksellä: miten vastaajat kehittäisivät Lääkehoito- ja Turvallisuus -komponentteja, haluttiin tuottaa tietoa komponenttien käyttöön vaikuttavista edistävistä ja ehkäisevistä tekijöistä FinCC-luokituskokonaisuuden kehittämistyötä varten. Vastausta haettiin kysymyksellä ”Valitse luokituksesta ne SHTaL:n tai SHToL:n komponentin pääluokat ja alaluokat, joita haluat kommentoida, muuttaa tai poistaa. Ota kantaa myös alaluokkien sopivuuteen tai tarpeellisuuteen niiden puuttuessa. Kirjaa alla olevaan vapaaseen tilaan luokista ne, joita haluat kommentoida ja perustele mielipiteesi”. Vastauksen antoi Lääkehoito-komponentin SHTaL:sta 34 ja SHToL:sta 51 vastaajaa ja Turvallisuus-komponentin SHTaL:sta 35 ja SHToL:sta 30 vastaajaa.

Seuraavissa alaluvuissa esitetään Lääkehoito-komponentin SHTaL:n ja SHToL:n kehitysehdotukset ja sen jälkeen Turvallisuus-komponentin SHTaL:n ja SHToL:n kehitysehdotukset. Osa vastaajista oli arvioinut SHTaL luokituksessa myös SHToL luokitusta, osa SHToL luokituksessa SHTaL luokitusta. Yksittäisten vastaajien mielipiteet

ja ehdotukset esitetään alaluvuissa kursivoituna tekstinä. Nämä suorat lainaukset on lisäksi eroteltu tekstistä sisennyksinä. Kolme pistettä ennen, keskellä tai jälkeen suoran lainauksen kertoo, että vastaajan vapaaseen tekstikenttään kirjoittama teksti on pisteiden kohdalta katkaistu. Luettavuuden helpottamiseksi vastaajan arvioiman pää- ja alaluokan nimi ja tunniste on lisätty tekstiin.

7.3.1 Kehitysehdotukset SHTaL ja SHToL Lääkehoito -komponenttiin

Lääkehoito-komponentin kanssa samoja tarpeita ja riskejä sisältäväksi koettiin Terveyskäyttäytyminen-komponentti. Lääkehoito-komponentin SHTaL:n alaluokkia kommentoitiin enemmän kuin pääluokkia.

Lääkehoito SHTaL:

24 prosenttia vastaajista (n=8) piti Lääkehoito-komponenttia hyvänä, selkeänä, hyvin käytettynä tai ymmärrettävänä.

”Käytetyin komponenttimme...”

”Hyvin käytössä, ei ongelmia”

”Lääkehoito on toinen yksikkömme päätarvekomponenteista jatkohoidon lisäksi...”

Kolme vastaaja ilmoitti, että komponentti on vähän käytetty tai liian vähän käytössä. Yksi vastaaja ilmoitti, ettei komponentti ole käyttökelpoinen meidän yksikössämme ja yksi vastaa koki sen vaikeaksi käyttää.

”Emme käytät tätä komponenttia hoidon suunnittelussa...”

Uusiksi alaluokiksi ehdotettiin Lääkehoidon sitoutumista, Lääkehoidon riittämättömyyttä, Lääkehoidon ohjausta tai ryhmäohjausta, Lääkkeen sivuvaikutuksia, Virhettä lääkityksessä, Väärän lääkkeen seuranta- ja hoito-ohjeita, Käytössä olevan lääkityksen epäselvyyttä, Avuntarvetta lääkkeen hankinnassa/toimittamisessa ja Lääkekielteisyyttä.

Miksei ole lääkehoitoon sitoutuminen...?

”Lääkkeiden sivuvaikutukset olivat aikaisemmassa luokituksessa, niitä kaivattaisiin takaisin...”

Poistettavaksi alaluokaksi ehdotettiin 5131 Lääkkeiden väärinkäyttö alaluokkaa, koska saman niminen alaluokka on Terveyskäyttäytyminen-komponentissa koodilla 5111. Alaluokat 5132 Lääkeriippuvuus ja 5133 Lääkkeiden sekakäyttö ehdotettiin poistettavaksi, koska ne koettiin sisältyvän alaluokkaan 5131 Lääkkeiden väärinkäyttö. Alaluokkaa 5142 Eriyistä seuranta vaativa lääkitys pidettiin tärkeänä.

”... tms kohta, johon voisi hoidon tarpeeksi laittaa esim. seuranta- ja hoito-ohjeet, jos potilas on saanut väärää lääkettä...(virheitä kuitenkin sattuu ja ne on kirjattava, nyt turvallisuuden alle)”

”Eriyistä seuranta vaativa lääkitys on tärkeä kohta...”

Lääkehoito SHToL:

SHToL Lääkehoito-komponenttia piti hyvänä, tarkkana tai hyvin toteutettuna 14 prosenttia vastaajista (n=7) vastaajaa.

”...alaluokat paljon käytössä, koska ne ovat selittäviä ja konkreettisia...”

”Lähes kaikki toteutusotsikot aktiivisessa käytössä”

”Käyttökelpoisia, mutta meillä vielä kirjavaa käytäntöä kirjaamisessa”

Osa vastaajista ei käyttänyt komponenttia, koska suurin osa lääkitykseen liittyvistä tiedoista tuli heidän mielestään potilastietojärjestelmän lääkitysosioista.

”Hyvä ja tarkka osio, mutta eipä juuri tule käytettyä, koska suuri osa tästä informaatioista tulee potilaan lääkitysivulta.”

”Tarve puoli ontuva, ei lue lääkelistaa”

22 prosenttia vastaajista (n=11) ei ymmärtänyt, mitä eroa on pääluokalla 1202 Lääkkeen vaikutuksen seurannalla ja pääluokalla 1203 Lääkkeen vaikuttavuuden seurannalla. Näiden alaluokkien yhdistämistä kannatti useampi vastaajaa. Useampi vastaaja ehdotti 1202 Lääkkeen vaikutuksen seurannan poistamista. Uusiksi pääluokiksi 1202 ja 1203 tilalle ehdotettiin tarkempia nimiä eli 1202 Uuden lääkkeen vaikutuksen seuranta ja 1203 Kotilääkityksen vaikuttavuuden seuranta.

”Vaikutuksen tai vaikuttavuuden seuranta – vain toinen riittäisi...”

1215 Lääkkeen antaminen pääluokkaan toivottiin lisää alaluokkia; muitakin antotapoja kuten Lääkepenslaus ja Lääkekylpy. Myös 1217 Lääkeinjektion annon lisäksi kaivattiin lääkkeenanto mahdollisuutta ic, sc, im, iv sekä arteriaan. Samoin 1222 Lääkeinfusion lisäksi toivottiin Lääkkeen antoa stoosina.

Pääluokan 1237 Lääkkeiden jako dosettiin lisäksi toivottiin pääluokaksi Lääkkeen jako annokseen tai lääkekippon. Uusia alaluokkia ehdotuksia olivat Lääkehoidon selvittäminen/kotilääkityksen selvittäminen, Lääkkeistä kieltäytyminen, Lääkkeen unohtaminen, Lääkkeen vieminen tai antaminen kotiin, Lääkehoidon seuranta ja Lääkehoidon toteutuminen.

”Jos potilas unohtaa ottaa lääkityksen, mihin kohtaan kirjaan?”

Muutama vastaajat olivat sitä mieltä, että 1204 Lääkehoidon ohjauksen alaluokkia oli liikaa.

7.3.2 Kehitysehdotukset SHTaL ja SHToL Turvallisuus -komponenttiin

Vastaajien mielestä Turvallisuus-komponentin SHTaL luokituksen kanssa samoja tarpeita ja riskejä sisältäviä komponentteja olivat Kudoseheys (lima- ja sarveiskalvojen sekä ihon ja ihonalaisen kerrosten kuntoon liittyvät osatekijät), Psykkinen tasapaino

(psykykkisen tasapainon saavuttamiseen vaikuttavat osatekijät), Erittäminen (ruuan sulatukseen, virtsateiden toimintaan, verenvuotoon ja muuhun erittämiseen liittyvät osatekijät), Aistitoiminta (aistien toimintaan liittyvät osatekijät) ja Aineenvaihdunta (endokriiniseen ja immunologiseen järjestelmään liittyvät osatekijät) -komponentit.

”... jos nämä komponentit yrittäisi jotenkin yhdistää Aineenvaihdunta komponentin alle, sieltä löytyy nyt jo alaluokista heikentynyt vastustuskyky ja suojaeristyksen tarve.”

Turvallisuus SHTaL:

17 prosenttia vastaajista (n=6) piti Turvallisuus-komponenttia asiallisena tai toimivana. 20 prosenttia vastaajista (n=7) ilmoitti, ettei SHTaL ole ollenkaan, on joskus tai vähän käytössä, kolme vastaajaa ilmoitti komponentin olevan sopimaton heidän yksikköönsä.

”Hyvä vaikka liian vähän käytetty”

”Tapaturmariski paljonkin käytetty”

Pääloukka 5248 Tapaturmariskin uudeksi alaluokaksi ehdotettiin Itsensä tai toisen vahingoittamisen vaaraa. Pääluokka 5253 Turvattomuuden tunne koettiin olevan tarve tai pelkotila. Psykykinen sairaus koettiin aiheuttavan turvallisuusriskejä, kuten aggressiivisen käyttäytymisen toisia tai itseään kohtaan.

”Pääluokka 5253 Turvattomuuden tunne tarpeissa, mutta sisäisen turvallisuus löytyy psykykkisen tasapainon alta.”

Pääluokan 5254 Tarttuvan taudin kantajuuden lisäksi kaivattiin pääluokkaa Altistuneisuutta infektioille/bakteereille. Pääluokan 5255 Toisen vahingoittamisen vaara otettiin ehdotettiin Itsensä tai toisen vahingoittamisen vaara ja uudeksi pääluokaksi Potilaan puuttuminen toisen potilaan hoitoon.

20 prosenttia vastaajista (n=7) oli sitä mieltä, että alaluokka 5250 Asentohoidon aiheuttama vaurio kuuluisi Kudoseheys-komponenttiin.

”Mitä tekee turvallisuuden alla, mitä tarkoitus kirjata...”

”Alaluokan voisi sijoittaa Kudoseheyden alle, tässä paikka ei looginen ...”

”... tulee lähinnä mieleen ihon painaumat ja painehaavaumat, jotka kirjataan Kudoseheys komponentin alle”

Alaluokka 5251 Kaatumisriski ehdotettiin siirrettäväksi Aistitoiminta-komponentin pääluokan 5310 Tasapainoastin muutoksen alaluokaksi.

Turvallisuus SHToL:

12 prosenttia (n=4) vastaajista piti komponenttia joko selkeänä, kuvaavana tai käyttökelpoisena. 10 prosenttia (n=3) vastaajista ilmoitti, ettei komponentti ole ollenkaan, on joskus tai vähän käytössä.

”... selkeä ja kuvaava, liian vähän käytetty”

”Toimintopuolella otsikot melko paljon ja kattavasti käytössä...”

”Käyttö hyvin vähäistä, joten asiat läpäisyperiaatteella muihin komponentteihin...”

Pääluokka 1408 Ulkoisen turvallisuuden lisääminen koettiin vaikeaksi, koska ulkoisten asioiden lisäksi kaivattiin Turvattomuuden tunteen huomioimista tai Sisäisen turvallisuuden tunteen vahvistamista.

”... sisäisen turvallisuuden tunteen vahvistamista vaikea toiminnoksi ottaa, kun huomioitu vain ulkoiset asiat...”

Pääluokkiin 1421 Infektioiden vuoksi eristäminen ja 1430 Infektiopotilaan ohjaaminen kaivattiin tarkempia alaluokkia hoitotyön keinoiksi. Uusiksi alaluokiksi ehdotettiin Infektoriskin vuoksi eristämistä, Infektiopotilaan vieraiden ohjaamista, Säteilyeristystä, Pisaraeristystä ja Kosketuseristystä. Pääluokan 1421 Infektion vuoksi eristäminen otettiin ehdotettiin Infektiopotilaan hoitaminen ja sen alaluokiksi 1421 Infektion vuoksi eristäminen ja Miljöökartoitus.

”... perusteluna infektioilanteissa tarttuvan taudin kantajuus tilanteessa potilaan lähiympäristö kartoitetaan...”

”Infektiopotilaan hoitaminen otsikko olisi laajasti käyttökelpoinen.”

Uudeksi pääluokaksi ehdotettiin Virka-avun käyttämistä ja sen alaluokiksi Potilaan omaisen poistaminen poliisin/vartijan avulla, Poliisi/vartija apuna potilaan valvonnassa, Luvatta poistuneen potilaan palauttaminen poliisin avulla, Huumeratsian järjestäminen poliisin avulla ja huumeiden poistaminen. Muita ehdotettuja uusia alaluokkia olivat Vartijapalveluiden järjestäminen ja Huone eristäminen.

Turvallisuudesta huolehtiminen ehdotettiin Psykkisen tasapaino-komponentin yhdeksi pääluokaksi, jonka alaluokat olisivat 1411 Potilaan omaisuuden haltuunotto, 1412 Potilaan omaisuuden tarkistaminen, 1413 Potilaan liikkumisen rajoittaminen ja seuranta, 1414 Potilaan yhteydenpidon rajoittaminen ja seuranta ja 1415 Potilaan itsemääräämisoikeuden rajoittaminen.

”... otsikko omaisuuden haltuunotto negatiivissävyinen...”

Infektio potilasta ohjattiin päivittäin, mutta pääluokkaa 1430 Infektio potilaan ohjaaminen ei juuri käytetä.

”... käytetään muiden komponenttien alla olevia ohjausluokituksia.”

Alaluokka 1409 Turvallisen hoitoympäristön järjestämiseen toivottiin uusiksi pää- tai alaluokiksi Keskoskeuhko hoitoa, Kenguruhoiton ohjausta ja Säteilyeristyksen toteuttamista. Alaluokka 1410 Vierihoidon koettiin hyväksi.

”Toiminta puolella melko paljon ja kattavasti käytössä erityisesti vierihoidon...”

Alaluokka 1411 Potilaan omaisuuden haltuunotto koettiin negatiivissävyiseksi ja sen tilalle toivottiin uutta alaluokkaa Potilaan rahavarojen/omaisuuden käsitteleminen. Alaluokkaan 1416 Tapaturmariskin huomioiminen toivottiin keinoja Aineenvaihdunta- ja

Eristys -komponenteista. Uusiksi alaluokiksi toivottiin Äkilliset tilanteet kuten kaatuminen (n=3), Tapaturman toteaminen ja Tilanteen hoitaminen.

”Esim. kaatumista on vaikea kirjata mihinkään.”

7.4 Lääkehoito- ja Turvallisuus -komponenttien kehittämisehdotusten vertailua Ciminon hierarkkisen sanaston kriteereihin

Lääkehoito- ja Turvallisuus -komponenttien sisällönanalyysillä saatuja kehitysehdotuksia verrattiin aiemmin esitettyyn Ciminon kriteeristöön. Aineistosta löydettiin yhtymäkohtia seuraaviin Ciminon kriteereihin:

”1 Termien sisältö (engl. Content) tarkoittaa termin sisällöllistä määrittelyä riittävän kattavasti. Sanaston sisällön kehittäminen on tärkeämpää kuin sanaston termien lukumäärä.” Osa vastaajista oli sitä mieltä, että Lääkehoito -komponentin SHTaL pääluokkaan 1215 tarvitaan lisää alaluokkia lääkkeen antotavoista. Osan mielestä taas alaluokkia on liian paljon ja niitä voisi tiivistää.

”Meillä olisi tarvetta intraperitoneaalisesti annettavien lääkkeiden kirjaamiseen”

”Kattavuutta alaluokissa liian kanssa”

”Voisiko tiivistää, lääkkeen käyttöön liittyvissä riskeissä liian alaluokkia.”

”2 Käsitteen määrittely (engl. Concept Orientation) tarkoittaa sanaston termin yksiselitteistä merkityksen määrittämistä.” Usea vastaaja ei tiennyt Turvallisuus -komponentin SHTaL:n alaluokan 5250 Asentohoidon aiheuttama vaurion merkitystä eikä mieltänyt sitä turvallisuuteen kuuluvaksi.

”Mikä on asentohoidon aiheuttama vaurio??”

”Mitä tekee turvallisuuden alla, mitä on tarkoitus kirjata?”

”Onko asentohoidon aiheuttama vaurio sopiva termi?”

”Tarkoitetaanko siis vaurion riskiä vai mitä?”

Lääkehoito-komponentin SHTaL:n alaluokka 5143 Poikkeava lääkkeen antotapa ja SHTaL:n pääluokka 5144 Lääkitykseen liittyvä tiedon tarve eivät myöskään olleet merkitykseltään selkeitä.

”Tiedon tarve ei ole ongelma tai riski ongelmasta, kuten hoidon tarpeen tulisi olla.”

”Lääkehoito ei ole tarve, lääkehoito voitaisiin kirjata eri komponenteille kuten potilasohjaus.”

”Miksei ole lääkehoitoon sitoutuminen...miksi vaan kielteinen tarve? Joskus olisi tärkeätä päästä ajattelemaan asiaa myös positiivisestikin!”

Lisäksi Lääkehoito-komponentin SHToL:n pääluokat 1202 Lääkkeen vaikutuksen seuranta ja 1203 Lääkkeen vaikuttavuuden seuranta eivät olleet monelle vastaajalle yksiselitteisiä käsitteitä.

”Lääkkeen vaikutuksen ja vaikuttavuuden seuranta aiheuttaa paljon sekaannusta...”

”Lääkkeen vaikutuksen ja vaikuttavuuden seuranta; ei ymmärretä näiden eroja”

”Mitä eroa on lääkkeen vaikutuksen ja vaikuttavuuden seurannalla hoitotyön kannalta?”

”4 Yksilöllinen tunniste (engl. Noncematic Concept Identifier) tarkoittaa koodia, jonka avulla jokainen sanaston termi voidaan liittää käsitteeseen. Tunnisteen porrastus (hierarkia) tekee koodista käyttäjälle ymmärrettävämmän.” Versioiden vaihdon yhteydessä tehty yhden Lääkehoito-komponentin SHTaL:n alaluokan poisto aiheuttaa alaluokkien tunnisteiden yhden järjestysnumeron puuttumisen. Lääkehoito- ja Terveyskäyttäytymisen -komponenteista löytyy kaksi saman nimistä SHTaL -alaluokkaa eli Lääkkeen väärinkäyttö, joilla on eri tunniste (koodi), Lääkehoito-komponentin alaluokan tunniste on 5111 Terveyskäyttäytymisen-komponentin tunniste on 5131.

”5 Sanaston moniperintäisyys (engl. Polyhierarchy) mahdollistaa useiden yläluokkien määrittämisen samalle käsitteelle ja näin auttaa käyttäjää paikallistamaan ja ryhmittelemään...

mään samanlaisia käsitteitä.” Lääkehoito SHToL 1240 Lääkepumpun valintaa pääluokaksi ei ymmärretty, koska se ei ole ainoa käytössä oleva parenteraalinen lääkkeen antotapa ja lääkkeen annostelussa käytetty laite.

”... lääkepumppu on taas annosväline, miksi kaikista välineistä... haluttu juuri tämä mainita erikseen?”

”... kaipaamme otsikko mihin lääkepumppu menee...”

”8 Monikertainen rakenteisuus (engl. Multiple Granularities) sanastossa mahdollistaa käsitteiden erilaisuuden tason, suuruusluokan tai laajuuden.” Vastaajien mielestä Turvallisuus-komponentin SHTaL alaluokka 5250 Asentohoidon aiheuttama vaurio kuuluisi paremmin Kudoseheys- tai Aistitoiminta -komponenttiin. Turvallisuus-komponentin SHTaL:ssa on pääluokka 5253 Turvattomuuden tunne, mutta SHToL:sta ei löydy siihen toimintoa.

”5250 voisi sijoittaa kudoseheyden alle, tässä paikka ei looginen”

”Alaluokka 5251 Kaatumisriski voisi olla Aistitoiminnan pääluokan 5310 Tasapainoaistin muutoksen alaluokkana.”

”Vaikea löytää toisiaan vastaavia kohtia tarve- ja toimintoluokituksesta”

”Turvattomuuden tunne on tarpeissa, mutta sisäisen turvallisuuden vahvistaminen löytyy psyykkisen tasapainon alta.”

”9 Sanaston edustama konteksti (engl. Representing Context) tarkoittaa termiä käyttävien keskinäistä yhteyttä, yhteisöllistä ymmärrystä.” Turvallisuus-komponentin SHTaL toivottiin lisää pää- ja alaluokkia.

”Miksi itsensä vahingoittaminen ei liity turvallisuuteen?”

”Jo tapahtunut kaatuminen on vaikea laittaa minkään komponentin alle, sekä tarpeen, että toiminnon”

”Psykiatriassa kamppailemme usein lääkekielteisyyden ongelmien kanssa. Näillä ei ole oikein sopivaa komponenttia.”

”Tämä on hankala komponentti erotella psyykkisen tasapainon kanssa... Mitäs jos nämä komponentit yrittäisi jotenkin yhdistää? ... Eikä jatkossa enää eroteltaisi psyykkisesti sairaita ... Voisi ajattelutapa ja tietty stigma lieventyä?”

”10 Useat johdonmukaiset näkymät (engl. Multiple Consistent Views) tarkoittavat käyttäjän mahdollisuutta käyttää sanaston karkeaa ylätasoa (pääluokka) tarkempaa alatasoa (alaluokka) suoraan silloin, kun kyseisen alaluokan termi on asiayhteydeltään merkityksellinen. Useiden johdonmukaisten näkymien periaate toimii myös päinvastoin; ainoastaan pääluokan käyttäminen on tarkoituksenmukaista tietyissä tilanteissa.” Turvallisuuskomponentin SHTaL:n pääluokka Turvallisuudesta huolehtiminen koettiin riittävän ilman alaluokkia. Myös pelkkä pääluokka 1215 Lääkkeen antaminen riittäisi.

”Komponentiksi turvallisuudesta huolehtiminen, pääluokat pois”

Pelkkä pääluokka Lääkkeenantaminen olisi käyttäjälle riittävä, alatasot hankaloittavat kirjaamista ja ovat kuitenkin epäloogisia...”

Lääkkeen antaminen - hyvin toteutunut, sen alle kirjataan lääkkeen vaikutuksen seuranta.”

”Voisiko vähentää otsikoita yhdistämällä ”lääke iholle” otsikon alle laastarit ja voiteet ym...”

Kun Lääkehoito- ja Turvallisuus -komponenttien kehitysehdotuksia verrattiin Ciminon kriteeristöön, voidaan todeta ainakin seitsemän kriteerin osalta vaatimusmäärittelyn soveltuvan hyvin FinCC:n kehittämisehdotusten arvioimiseen. Vaikka Cimino toteaa hierarkkisten luokitusten kriteereiden keskittyneen lähinnä termeihin ja niiden rakenteisiin, voidaan todeta sanastojen ja standardoinnin soveltuvan potilaan hoidon kirjaamiseen ja mahdollistavan tiedon haun, uudelleenkäytön, varastoinnin ja siirron (Cimino 2006).

8 POHDINTA

Tutkimuksen tekemistä ohjaa yleisesti hyväksytyt tutkimuseettiset periaatteet ja hyvä tieteellinen käytäntö, joihin tutkijan tulee perehtyä. Tutkimusprosessin kaikissa vaiheissa tulee noudattaa tiedeyhteisön toimintatapoja, rehellisyyttä, yleistä huolellisuutta ja tarkkuutta. Tutkijan vastuuseen kuuluu oman toiminnan jatkuva arviointi. (Hirsjärvi ym. 2007.)

8.1 Tutkimuksen luotettavuuden ja eettisyyden tarkastelua

Tutkimuksen arviointiin liittyvät käsitteet ovat reliaabelius ja validius. Reliaabelius tarkoittaa tutkimuksen kykyä antaa ei-sattumanvaraisia tuloksia ja validius tutkimuksen pätevyyttä. Tutkimuksen luotettavuutta lisää tarkka selostus tutkimuksen eri vaiheista. Tutkija pyrkii ennaltaehkäisemään mahdolliset virheet arvioimalla omaa toimintaansa tutkimusprosessin edetessä. Tutkimusta arvioidessa huomioidaan sisäinen johdonmukaisuus (koherenssi) eli tutkimuksen vaiheiden suhde toisiinsa. (Hirsjärvi 2007; Tuomi & Sarajärvi 2009.)

Tutkimuksen tavoitteen oli kuvata käyttäjien arvioita FinCC:n SHTaL ja SHToL Lääkehoito- ja Turvallisuus -komponenttien käytöstä hoitotyön kirjaamisessa ja tuottaa uutta tietoa näiden komponenttien kehittämistyöhön. Tämän tutkimuksen aineisto saatiin valmiina ja oli osa FinCC-asiiantuntijaryhmä, Itä-Suomen yliopiston sosiaali- ja terveydenjohtamisen laitoksen ja THL:n laatimaa FinCC:n käyttäjäkyselyä. Vastaajien antamat lainaukset on osin muutettu yleiskielelle tunnistamattomuuden varmistamiseksi.

Tutkijalla ei ollut yhteyttä kyselyyn osallistuneisiin yksikköihin, vaan hän toimi ulkopuolisena toimijana ilman taloudellista tai muuta hyötyä. Tutkimuskohteena olevien yksittäisten vastaajien työyksiköitä ei mainita tutkimuksessa nimeltä. Vastaajien tunnistetietoja ei aineistossa ollut eikä yksittäistä vastaajaa ole mahdollista tunnistaa.

Koska tutkimuksessa ei käsitelty potilastietoja, erillisiä tutkimuslupia ei tarvittu. Vastaaminen kyselyyn perustui vapaaehtoisuuteen. Tutkijalla ei ollut tiedossa millaisissa

olosuhteissa kyselyyn vastattiin, vaikuttiko esimerkiksi mahdollinen kiire sen, että kysymyksiä ei ehdi pohtia riittävästi. Tutkija ei ole itse käyttänyt potilastietojärjestelmää, johon FinCC on implementoitu. Todellisessa ympäristössä nähty SHTaL ja SHToL käyttö ja havaintojen tekeminen kirjaustilanteissa olisi lisännyt tutkijan tietämystä ja ymmärrystä.

Tutkimusprosessi pyrittiin kuvaamaan tarkasti, jotta se olisi myöhemmin toistettavissa ja lukija kykenisi seuraamaan tutkijan päättelyä. Tutkimusprosessi ei aina etene tutkijan suunnitelmien ja toiveiden mukaisesti, ei myöskään tässä tutkimuksessa. Alkuperäinen toteutusaikataulu ei pitänyt, vaan kyselyn tekemisestä tulosten raportointiin kului aikaa neljä vuotta. Viivästyminen johtui tutkijasta.

Tutkimuksen kirjallisuuslähteet pyrittiin valitsemaan siten, että ne kuvasivat mahdollisimman hyvin tutkimuksen aihealuetta. Lainauksissa kunnioitettiin alkuperäislähteitä. FinCC:n kehittämiseen ja käyttöön liittyviä tutkimusartikkeleita tietokannoista ja

8.2 Tutkimustulosten pohdinta

Kaikkiin esitettyihin tutkimuskysymyksiin saatiin kysely-lomakkeella vastaukset. Vastaajilta saatiin arviot SHTaL:n ja SHToL:n Lääkehoito- ja Turvallisuus -komponenttien käyttökelpoisuudesta yksikön potilasaineistossa, komponenttien yksiselitteisyydestä hoitotyön henkilöstölle ja muulle henkilökunnalle, komponenttien sisällön kattavuudesta sekä komponenttien konkreettisuudesta. Vastauksia annettiin kummankin komponentin osalta lähes yhtä paljon. Lääkehoito-komponentin vastausmäärät vaihtelivat 106-117 välillä ja Turvallisuus-komponentin vastausmäärät 104-112 välillä. Lääkehoito-komponentin SHTaL piti käyttökelpoisena 84 prosenttia vastaajista ja SHToL 91,5 prosenttia vastaajista. Turvallisuus-komponentin SHTaL-luokitusta piti käyttökelpoisena 67 prosenttia ja SHToL-luokitusta 71 prosenttia vastaajista. Sisällöltään kattavana Lääkehoito-komponentin SHTaL-luokitusta piti 83 prosenttia ja SHToL-luokitusta 88 prosenttia vastaajista. Turvallisuus-komponentin SHTaL-luokitusta piti sisällöltään kattavana 61 prosenttia ja SHToL-luokitusta 68 prosenttia vastaajista. Tulosten perusteella voidaan todeta Lääkehoito-komponentin pää- ja alaluokkien olevan Turvallisuus-komponenttia selkeämpi ja sisällöltään tarkempi. Annettujen arvioiden perusteella Lää-

kehoito- ja Turvallisuus -komponentin SHTaL ja SHToL koettiin hoitotyön henkilökunnalle yksiselitteiseksi, mutta muulle henkilökunnalle ne arvioitiin olevan vieraita. ”Yksiselitteinen muulle henkilökunnalle” -väittämän vastauksissa oli eniten ”En osaa sanoa” -vaihtoehtoja. Näiden tulosten perusteella voidaan todeta käyttäjien kokeneen SHTaL ja SHToL sopivan hyvin hoidon tarpeen ja hoitotyön toimintojen kirjaamiseen lääkehoidon ja turvallisuuden osalta.

Tulokset osoittavat kehittämistarpeita kummankin komponentin osalta. Kehittämisehdotukset saatiin analysoimalla kysymyksen ”Valitse luokituksista ne SHTaL:n tai SHToL:n komponentin pääluokat ja alaluokat, joita haluat kommentoida, muuttaa tai poistaa. Ota kantaa myös alaluokkien sopivuuteen tai tarpeellisuuteen niiden puuttuessa. Kirjaa alla olevaan vapaaseen tilaan luokista ne, joita haluat kommentoida ja perustele mielipiteesi” annetut vastaukset. Vastauksen antoi Lääkehoito-komponentin SHTaL:sta 34 ja SHToL:sta 51 vastaajaa ja Turvallisuus-komponentin SHTaL:sta 35 ja SHToL:sta 30 vastaajaa. Kehittämisehdotuksista havaittiin Lääkehoito-komponentin SHToL:n pääluokkien 1202 Lääkkeen vaikutuksen ja 1203 Lääkkeen vaikuttavuuden käsitteiden epäselvyys, 22 prosenttia vastaajista ei ymmärtänyt mitä eroa vaikutuksella ja vaikuttavuudella oli. Turvallisuus-komponentin SHTaL alaluokka 5250 koettiin olevan väärän komponentin alaluokka, 20 prosenttia vastaajista kannatti sen siirtämistä Kudoseheys-komponenttiin. Vastaajat kaipaivat lisää lääkkeen antotapoja sekä lääkkeen annostelussa ja jakamisessa käytettäviä välineitä. Turvallisuus-komponenttiin koettiin tarpeelliseksi lisätä SHToL-luokitukseen Sisäinen turvallisuus pääluokka. Kaikille hoidon tarpeille ei löytynyt hoitotyön toimintoa eli SHTaL ja SHToL -luokitukset eivät edenneet loogisesti toisiinsa nähden. Tulosten perusteella näyttäisi myös siltä, että käyttäjien oli ajoittain vaikeata kirjata tarve/riski tai toiminto potilaslähtöisesti.

Kummankin komponentin lähes kaikista SHTaL ja SHToL pää- ja alaluokista annettiin arvioita. Tulosten perusteella voidaan todeta Lääkehoito- ja Turvallisuus -komponentin SHTaL ja SHToL -luokitusten tiettyjen pää- ja alaluokkien vaativan tarkempaa sisällön määrittelyä. Myös joidenkin pää- ja alaluokkien osalta tulee harkita niiden mahdollista siirtämistä toiseen komponenttiin tai kokonaan poistamista.

Vaikka aineisto on vuodelta 2010, on se käyttökelpoinen ja tutkimuksen tuloksilla on merkitystä SHTaL ja SHToL Lääkehoito- ja Turvallisuus -komponentteja edelleen kehi-

tettäessä. Koska vastaukset perustuivat vain tiettyjen yksiköiden antamiin arvioihin Lääkehoito- ja Turvallisuus -komponenttien käytöstä hoitotyön kirjaamisessa, eivät tulokset ole yleistettävissä koskemaan koko FinCC:n käyttöä tai hoitotyön kirjaamista. Toisaalta 64 prosenttia vastaajista oli käyttänyt SHTaL-luokitusta yli vuoden. SHToL-luokitusta oli käyttänyt yli vuoden 57 prosenttia vastaajista. Vastajat olivat usealta erikoisalalta perus- ja erikoissairaanhoidosta sekä sosiaalihuollosta.

Ciminon kriteeristö teoreettisena viitekehyksenä koettiin käyttökelpoiseksi. Alaluvussa 7.4 analysoitiin tarkemmin Lääkehoito- ja Turvallisuus -komponenttien vertailua Ciminon kriteeristöön. Kirjallisuudesta ei löytynyt tietoa siitä, onko Ciminon vaatimusmäärittelyä aiemmin käytetty teoreettisena viitekehyksenä jossakin tutkimuksessa. Ciminon kriteeristöön verrattu sisällönanalyysin tulos saattaisi toisen tutkijan tekemänä olla erilainen.

Kritiikkiä lienee mahdollista esittää kysymys-lomakkeesta. Kysymys ”Valitse luokituksista ne SHTaL:n tai SHToL:n komponentin pääluokat ja alaluokat, joita haluat kommentoida, muuttaa tai poistaa. Ota kantaa myös alaluokkien sopivuuteen tai tarpeellisuuteen niiden puuttuessa. Kirjaa alla olevaan vapaaseen tilaan luokista ne, joita haluat kommentoida ja perustele mielipiteesi” oli liian laaja. Sen olisi voinut jakaa osiin, jolloin vastaaminen ja analysointi olisivat helpottuneet.

8.3 Jatkotutkimusaiheet

Hoitotyön kirjaamisen kehittämisessä on usein vedottu erilaisiin toimintaympäristöihin, kun ei ole haluttu ottaa käyttöön aiemmin kehitettyä järjestelmää tai luokitusta. Yksittäinen kirjaaja ehkä toivoo edelleenkin tietojärjestelmää tai ohjelmaa, joka tukee hänen omaa aikaisempaa työtapaa. (Ensio & Saranto 2004.) KanTa-arkistoon siirtyminen asettaa kuitenkin vaatimuksia potilastiedoille, jotta tiedot ovat tarvittaessa aina saatavilla riippumatta potilaan olinpaikasta. Hoitotyön rakenteinen kirjaaminen on edellytys Sähköiselle potilastiedon arkistolle ja kansallinen hoitotyön kirjaamismalli mahdollistaa KanTaan siirtymisen. (Liljamo ym. 2012.)

Sähköinen kirjaaminen edellyttää laajaa oppimisprosessia, ei pelkästään jonkin järjestelmän teknistä hallintaa. Henkilökunnan tulee ensin sisäistää luokitusten merkitys. (Ensisio & Saranto 2004). Tämän tutkimuksen kysely-lomakkeessa ei kysytty vastaajin saamista luokituksen teorian ja käyttöönoton koulutuksista. Jatkossa tulisi selvittää, minkälaista laadullista sisältökoulutusta on saatu ja millaista koulutusta tarvitaan SHTaL ja SHToL -luokituksista ja hoitoprosessin kirjaamisesta.

Jatkotutkimuksien suunnitteluun tulisi ottaa mukaan luokitusten käyttäjiä. Käyttäjäkyselyitä tulee tehdä jatkossakin säännöllisesti. Käyttäjäkyselyn rinnalle tarvitaan tutkimusta, jossa ilmiön kuvaamisen lisäksi analysoidaan lääkitystietojen kirjaamista potilastietojärjestelmissä. Koska kaikkea päällekkäisestä kirjaamisesta tulee välttää, tarvitaan myös tutkimusta siitä, miten narratiivista tekstiä ja FinCC:tä käytetään yhdessä. Mielienkiintoista olisi myös tietää miten FinCC:n käyttö on muuttanut työvuorovaihtojen raportointikäytänteitä.

Turvallisuus-komponentin laajentamista käsittämään potilasturvallisuuden kaikkia osaluokkia tulisi miettiä.

FinCC versioon 2.01 tehdyt muutokset julkaistiin vuonna 2012 versiossa 3.0, johon lisättiin käyttäjäpalautteiden perusteella joitakin konkreettisia alaluokkia ja päivitettyssä versiossa mahdollistui joidenkin komponenttien kirjaaminen pelkällä pääluokkatasolla. Versioissa SHTaL:ssa ja SHToL:ssa on 17 komponenttia. Lääkehoito- ja Turvallisuus -komponentteihin tehtiin myös muutoksia. (Liljamo ym. 2012.)

LÄHTEET

Bakken Suzanne, Stone Patricia & Larson Elaine 2012. A nursing informatics research agenda for 2008-18: Contextual influences and key components. *Nursing Outlook*, Vol. 60, No. 5, 280–290.

Cimino James J. 1998. Desiderata for Controlled Medical Vocabularies in the Twenty-First Century, *Methods of Information in Medicine* 37 (4-5), 394–403. Saatavissa: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3415631/> (Luettu 1.12.2012).

Cimino James J. 2006. In defense of the Desiderata, *Journal of Biomedical Informatics* 39, 299–306. Saatavissa: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1532046405001334> (Luettu 1.2.2012).

Edistämme potilasturvallisuus yhdessä, suomalainen potilasturvallisuusstrategia 2009 – 2013. STM, 2009:3. Yliopistopaino, Helsinki.

Ensio Anneli 2001. Hoitotyön toiminnan mallintaminen. Väitöskirja. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 89. Hoitotieteen laitos, Kuopion yliopisto, Kuopio.

Ensio Anneli & Saranto Kaija 2004. Hoitotyön elektroninen kirjaaminen. Suomen sairaanhoitajaliitto ry. Silverprint, Sipoo.

Ensio Anneli & Häyrinen Kristiina 2007. Yksittäisen tiedon merkitsemisestä systemaattiseen kirjaamiseen. Teoksessa *Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen 2007* Kaija Saranto, Anneli Ensio, Kaarina Tanttu, Anna Liisa Sonninen. WSOY, Helsinki. s. 72.

Eskola Jari & Suoranta Juha 2008. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. 8. painos. Vastapaino, Tampere.

Helavuo Arto, Kinnunen Marina, Peltomaa Karolina, Pennanen Pirjo 2011. Potilasturvallisuus, potilasturvallisuuden keskeisiä kysymyksiä havainnollisesti ja käytännönläheisesti. Fioca Oy, Helsinki. s. 6-15.

Hottinen Anja 2013. Containment Measures in Adolescent Psychiatric Care - Focus on Mechanical Restrain. Väitöskirja. Turun yliopiston julkaisuja. *Annales Universitatis Turku. D-Medica-odontologica*. Saatavissa: <http://www.doria.fi/handle/10024/87684> (Luettu 3.3.2014).

Hirsjärvi Sirkka, Remes Pirkko & Sajavaara Paula 2007. Tutki ja kirjoita. Tammi, Helsinki.

Hoidokki 2005. [Verkkodokumentti] Hoitotyön asiansasto. Sairaanhoitajien koulutus-säätiö. Saatavissa: http://www.hoidokki.fi/index_fin.html (Luettu 12.4.2011).

Hotus. Saatavissa: <http://www.hotus.fi/hoitotyon-tutkimussaatio/hoitotyon-suositukset-0> (Luettu 18.5.2012).

Härkönen Marja, Hannele Turunen, Susanna Saano & Vehviläinen-Julkunen Katri 2013. Terveydenhuollon henkilöstön näkemykset lääkityspoikkeamien estämisestä erikoissairaanhoidossa. *Hoitotiede*, vol 25. No 1, 49-61.

Häyrinen Kristiina, Lammintakanen Johanna & Saranto Kaija 2010. Evaluation of electronic nursing documentation – nursing process model and standardized terminologies as keys to visible and transparent nursing. *International Journal of Medical Informatics* 79, 554-564.

Häyrinen Kristiina 2011. Kliininen tieto hoitoprosessissa: tarkoituksenmukaisen moniammatillisen tietomallin kehittäminen. Väitöskirja. Itä-Suomen yliopisto, Kuopio. Saatavissa:

http://publications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-0535-2/urn_isbn_978-952-61-0535-2.pdf (Luettu 12.2.2012).

Hörbst Alexander, Ammenwerth Elske 2010. Electronic Health Records. *Methods Inf Med* 4. 320-336. Saatavissa: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20603687> (Luettu 12.2.2014).

Ikonen Helena 2003. Hoitotyön kirjaamisen strukturoitu malli – projekti. Kansallisen terveydenhuoltoprojektin hanke 4.1.3 osahanke. I-vaiheen loppuraportti. Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä.

Ikonen Helena 2005. Hoitotyön kirjaamisen strukturoitu malli – projekti. Kansallisen terveydenhuoltoprojektin hanke 4.1.3 osahanke. II-vaiheen loppuraportti. Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä.

Jokinen Taina 2005. Standardoitu terminologia hoitotyön toimintojen kirjaamisessa. Pro gradu -tutkielma. Sosiaali- ja terveydenhuollon tietohallinto, Terveystieteiden tutkimuskeskus, Kuopion yliopisto, Kuopio.

Jouni Tuomi, Anneli Sarajärvi 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Kustannusosakeyhtiö Tammi, Helsinki.

Junttila Jaana 2002. Hoitotyön diagnoosin dokumentointi – Hoitotyön diagnoosien kuvaaminen perioperatiivisessa kirjaamisessa. Pro gradu -tutkielma. Sosiaali- ja terveydenhuollon tietohallinto, Terveystieteiden tutkimuskeskus, Kuopion yliopisto, Kuopio.

Kankkunen Päivi, Vehviläinen-Julkunen Katri 2009. Tutkimus hoitotieteessä. WSOYpro Oy, Porvoo.

Kansallisesti yhtenäiset hoitotyön tiedot – hanke (HoiData – hanke) 9/2007 – 10/2009, Loppuraportti 30.11.09. Saatavissa: <http://www.vsshp.fi/fi/4519> (Luettu 12.2.2010).

Kinnunen Marina, Keistinen Timo, Ruuhilehto Kaarin & Juhani Ojanen 2009. Vaaratahtumien raportointimenettely. Opas. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Yliopistopaino. Helsinki. Saatavissa:

<http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/80402/979943df-4088-46df-8e5a-cd8949ed965a.pdf?sequence=1> (Luettu 2.4.2013).

Kinnunen Ulla-Mari 2007. Rakenteinen tieto haavahoidon kirjaamisessa. Pro gradu -tutkielma. Sosiaali- ja terveydenhuollon tietohallinto, Terveystieteiden tutkimuskeskus, Terveystieteiden tutkimuskeskus, Kuopion yliopisto, Kuopio.

Kinnunen Ulla-Mari 2013. Haavan hoidon kirjaamismalli – innovaatio kliiniseen hoitotyöhön. Väitöskirja. Itä-Suomen yliopisto, Kuopio.
Saatavissa: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-61-1209-1> (Luettu 24.3.2014).

Kuntaliitto. Saatavissa:
<http://www.kunnat.net/fi/asiantuntijapalvelut/soster/nimikkeistot-luokitukset/Sivut/default.aspx> (Luettu 12.2.2014).

Käypä hoito: Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/etusivu> (Luettu 10.5.2014)

L 159/2007. Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2007/20070159> (Luettu 11.2.2013).

L 61/2007. Laki sähköisestä lääkemääräyksestä. Saatavissa:
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070061> (Luettu 12.2.2013).

L 1326/2010. Terveystieteiden lakien muuttaminen. Saatavissa:
<http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2010/20101326> (Luettu 8.2.2013).

Latvala Eila & Liisa Vanhanen-Nuutinen 2003. Teoksessa Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Sirpa Janhonen, Merja Nikkonen (toim.)WSOY. Helsinki.

Lauri Sirkka, Eriksson Elina & Hupli Maija 1998. Hoidollinen päätöksenteko. WSOY, Juva.

Lehtovirta Jukka, Riikka Vuokko 2014. Terveystieteiden rakenteisen kirjaamisen opas. Keskeisten kertomusrakenteiden kirjaaminen sähköiseen potilaskertomukseen. Osa1. THL

Liljamo Pia, Kaakinen Pirjo, Ensio Anneli 2008. Opas FinCC-luokituskokonaisuuden käyttöön hoitotyön sähköisen kirjaamisen mallissa.

Liljamo Pia, Kinnunen Ulla-Mari, Ensio Anneli 2012. FinnCC-luokituskokonaisuuden käyttäjäopas. THL, Helsinki 2012. s. 3. (Viitattu 22.2.2012) Saatavilla:
http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90804/URN_ISBN_978-952-245-675-5.pdf?sequence=1 (Luettu 12.4.2013).

Liljamo Pia, Kinnunen Ulla-Mari, Ensio Anneli 2012. Opas FinCC-luokituskokonaisuuden käyttöopas. THL.

Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimea. Saatavissa:
http://www.fimea.fi/tietoa_fimeasta (Luettu 11.2.2014).

M & Ensio A. (toim.) Connecting Health and Humans - Proceedings of NI2009 – The 10th International Congress on Nursing Informatics, Helsinki. 2009. Studies in

Health Technology and Informatics, Vol. 146, 858

Niiniluoto, Ilkka, Johdatus tieteen filosofiaan. Käsitteen- ja teorianmuodostus, Otava, Helsinki 1980.

Nykänen Pirkko, Junttila Kristiina (toim) Hoitotyön moniammatillisen kirjaamisen asiantuntijan loppuraportti 2012.

Pirkko Nykänen, Johanna Viitanen, Anne Kuusisto 2010. Hoitotyön kansallisen kirjaamismallin ja hoitokertomusten käytettävyys. Tietojenkäsittelytieteiden laitos. Tampereen yliopisto. D-2010-7, Tampere.

Potilas- ja lääkehoidon turvallisuussanasto. Stakes ja lääkehoidon kehittämiskeskus Rohto. Stakesin työpapereita 28/2006. Helsinki. Saatavissa: <http://www.rohto.fi/doc/T28-2006-VERKKO> (Luettu 21.4.2014).

Rajalahti Elina & Saranto Kaija 2009. Standardized nursing documentation – developing together. Teoksessa Saranto Kaija, Flatley XX, Brennan P, Park H-A, Tallberg 103

Saba Virginia. Saatavissa: <http://www.sabacare.com/> (Luettu 23.4.2014).

Saranto Kaija 2014. Miten rakenteinen potilaskertomus voi edistää turvallista hoito? Teoksessa Sairaanhoidajapäivät 2014 tiivistelmät ja luento-ohjelma 2014. Fioca

Saranto Kaija & Ensio Anneli 2006. Systemaattisen kirjaamisen kehittäminen osana toiminnan ohjausta ja hoitotyön johtamista. Teoksessa Inhimillisten voimavarojen johtaminen. Hoitotyön vuosikirja 2006. Gummerus kirjapaino Oy 2006. Helsinki.

Saranto Kaija, Kinnunen Ulla-Mari 2009. Evaluating nursing documentation – research designs and methods: systematic review. Journal of Advanced nursing. Saatavissa: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2648.2008.04914.x/abstract;jsessionid=DAA10E62D4E859B8E4B26D765B04CEEE.f03t03> (Luettu 5.5.2014).

Saranto Kaija, Kinnunen Ulla-Mari, Kivekäs Eija, Lappalainen Anna-Mari, Liljamo Pia, Rajalahti Elina & Hyppönen Hannele 2013. Impacts of structuring nursing records: a systematic review. Scandinavian Journal of Caring Sciences. 2013 Nov 18. doi: 10.1111/scs.12094. Saatavissa: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/scs.12094/pdf> (Luettu 5.5.2014).

Saranto Kaija, Ensio Anneli, Tanttua Kaarina & Sonninen Anna Liisa (2007). Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. WSOY, Porvoo, Helsinki

Saranto Kaija, Sirpa Kuusisto-Niemi 2009. Sosiaali- ja terveydenhuollon tiedonhallinta - Paradigma tieteenalan perustana. Finnish Journal of eHealth and eWelfare 2009; 1(1). Saatavissa: <http://www.finjehew.fi/index.php/stty/index> (Luettu 8.4.2014).

Saranto Kaija ja Sirpa Kuusisto-Niemi 2012. Tiedonhallinnan koulutusohjelma arvioitavana - kokemuksia kansainvälisestä akkreditoinnista. Finnish Journal of eHealth and

eWelfare 2012; 4(2). Saatavissa: <http://www.finjehew.fi/index.php/stty/index> (Luettu 8.4.2014).

Saranto Kaija, Sonninen Ansa (2008). Systemaattisen kirjaamisen tarve. Teoksessa Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen 2008 Kaija Saranto, Anneli Ensio, Kaarina Tantt, Anna-Liisa Sonninen A. L. 2008. WSOY, Helsinki. 12-13

Sonninen Anna Liisa 2007. Hoitotiedon systemaattinen kirjaaminen. Teoksessa Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen 2007 Kaija Saranto, Anneli Ensio, Kaarina Tantt, Anna Liisa Sonninen. WSOY, Helsinki. s. 66.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2004. Sähköisten potilasasiakirjajärjestelmien toteuttamista ohjaavan työryhmän loppuraportti. STM, Helsinki. Saatavissa: <http://pre20090115.stm.fi/pr1105954774022/passthru.pdf> (Luettu 26.3.2012).

Stakes 2006. Lääkehoidon kehittämiskeskus, ROHTO. Potilas ja lääkehoidon turvallisuussanasto. Stakesin työpapereita 28/2006. Haettu 3.4.2013. Saatavissa: <http://www.rohto.fi/doc/T28-2006-VERKKO.pdf>

Stakes 2008: Raportteja 37/2008. Winblad Ilkka, Reonen Jarmo, Hämäkäinen Päivi, Kangas Maarit. Informaatio- ja kommunikaatioteknologian käyttö Suomen terveydenhuollossa vuonna 2007.

STM 298/2009. Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2009/20090298>

STM 341/2011. Sosiaali- ja terveysministeriön asetus laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2011/20110341>

Suonuuti Heidi. 2006. Sanastotyön opas. Helsinki. : Sanastokeskus TSK ry

Tantt 2008 luennot

Terveysportti: Saatavissa: <http://www.terveysportti.fi/> (Luettu 23.4.2014).

Theseus. Saatavissa: <https://www.theseus.fi/> (Luettu 23.4.2014).

THL 2013. Saatavissa: http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tutkimus/palvelut/koodistopalvelu/ohjeet/tekninenratkaisu (Luettu 11.11.2013).

Urquhart Christine, Currell Rosemary, Grant Maria & Hardiker Nicholas 2009. Nursing record systems: effects on nursing practice and healthcare outcomes. Cochrane Database of Systematic Reviews 2009, Issue 1. Art. No.: CD00209. DOI:10.1002/14651858.CD002099.pub2

Valtakunnallinen hoitotyön sähköisen dokumentoinnin kehittämishanke 1.5.05 -31.5.08 (HoiDok – hanke), Loppuraportti, Osa 1. Saatavissa:

<http://www.salpanet.fi/Public/download.aspx?ID=3727&GUID=%7BD2E8B2F2-2B7C-48A9-8230-0D8930F35C32%7D> (Luettu 23.4.2013).

VeTe. Haettu (2.3.2014). Saatavissa: <http://www.vete.fi/> (Luettu 2.3.2013).

Wang Ning, Hailey David & Yu, Ping 2011. Quality of nursing documentation and approaches to its evaluation: a mixed-method systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, Vol. 67, No. 9, 1858–1875.

LIITTEET

Liite 1 FinCC- luokituksen komponentit ja niiden sisällön kuvaukset

Komponentti	Komponentin sisällön yleiskuvaus
<i>Aktiviteetti</i>	Aktiviteetin sekä uni- ja valvetilan muutokset
<i>Erittäminen</i>	Ruuansulatukseen, virtsateiden toimintaan, verenvuotoon ja muuhun erittämiseen liittyvät osatekijät
<i>Selviytyminen</i>	Yksilön ja perheen kyky käsitellä ongelmia tai sopeutua niihin sekä hoitaa velvollisuudet tai tehtävät
<i>Nestetasapaino</i>	Elimistön nestemäärään ja nestetasapainoon liittyvät osatekijät
<i>Terveyskäyttäytyminen</i>	Terveyden edistämiseen liittyvät osatekijät
<i>Terveyspalveluiden käyttö</i>	Palvelutapahtuman aikana tarvittaviin asiantuntijapalveluihin, tutkimuksiin ja näytteiden ottoon liittyvät osatekijät
<i>Lääkehoito</i>	Lääkkeiden käyttöön ja lääkehoidon toteuttamiseen liittyvät osatekijät
<i>Ravitsemus</i>	Ravinnon ja ravintoaineiden turvaamiseen liittyvät osatekijät
<i>Hengitys</i>	Keuhkojen toimintaan liittyvät osatekijät
<i>Verenkierto</i>	Eri elinten verenkiertoon ja neurologisiin muutoksiin liittyvät osatekijät
<i>Aineenvaihdunta</i>	Endokriiniseen ja immunologiseen järjestelmään liittyvät osatekijät
<i>Kanssakäyminen</i>	Yksityisyyteen ja yhdessäoloon liittyvät osatekijät
<i>Turvallisuus</i>	Sairauden tai hoitoympäristön aiheuttamat turvallisuusrisikit
<i>Päivittäiset toiminnot</i>	Omatoimisuuteen liittyvät osatekijät
<i>Psyykkinen tasapaino</i>	Psyykkisen tasapainon saavuttamiseen vaikuttavat osatekijät
<i>Aistitoiminta</i>	Aistien toimintaan liittyvät osatekijät
<i>Kudosyheys</i>	Lima- ja sarveiskalvojen sekä ihon ja ihonalaisten kerrosten kuntoon liittyvät osatekijät
<i>Jatkohoito</i>	Hoidon päättämiseen, potilaan kotiutumiseen tai hoitopaikan vaihtumiseen liittyvät osatekijät
<i>Elämänkaari</i>	Elämän vaiheisiin liittyvät osatekijät

Liite 2 SHTaL, SHToL ja SHTuL käyttö hoidollisen päätöksenteon prosessimallissa

Hoidollisen päätöksenteon vaiheet	Hoitotyön ydintieto	FinCC -luokituksen käyttö
<p>Hoidon tarpeen määrittäminen:</p> <p>Potilasta koskevien tietojen kerääminen ja analysointi.</p>	Hoidon tarve	SHTaL käytetään pää- tai alaluokkia
<p>Hoidon suunnittelu</p> <p>Päätelmien teko eli hoidon tarpeiden määrittäminen ja priorisointi Tavoitteiden eli odotettujen tulosten nimeäminen ja hoitotyön toimintojen valinta</p>		<p>SHTaL ja hoidon tarpeen varmuusaste määritellään asteikolla VAR: varma, TOD: todennäköinen, EP: epäilty</p> <p>Suunnitellut toiminnot nimitään SHToL pää- ja alaluokkien avulla</p>
<p>Hoidon toteutus</p> <p>Laaditun hoitosuunnitelman toteutus.</p>	Hoitotyön toiminnot	SHToL pää- ja alaluokkien avulla
<p>Hoidon arviointi</p> <p>Arviointi tehdään suhteessa hoidon tarpeeseen ja tavoitteisiin sekä toteutuneeseen hoitoon. Arviointi tehdään päivittäin ja hoidon päättyessä.</p>	Hoidon tulos	<p>SHTuL /Komponentti Hoidon tuloksen tila: parantunut PA / huonontunut HU / ennallaan EN ja tarvittaessa täydennetään vapaalla tekstillä (tietojärjestelmästä riippuen mahdollista kirjata myös komponentti-, pää- tai alaluokkatasolle)</p>
	Hoitotyön yhteenveto	Koostetaan hoitajakson kannalta keskeisistä hoitotyön ydintiedoista, joita tarvittaessa täydennetään hoitotyön luokitusten pää- tai alaluokkien avulla ja tarvittaessa vapaalla tekstillä. Hoitoisuusluokkatieto numeerisena ja sanallisena.
	Hoitoisuus	OPC -hoitoisuusluokituksen osa-alueiden sisällöt: potilaan hoidon tarpeet ja toteutuneet hoitotyön toiminnot, määrittyvät hoitokertomuksessa käytetyistä SHTaL ja SHToL -luokitusten pää- ja alaluokista. Tämän jälkeen valitaan OPC -osa-alueilla kuvaavin toetutuneen hoidon vaatavuustasoista (A – D).

Liite 3 FinCC-luokituskokonaisuuden arviointi – E-lomake

FINCC luokituskokonaisuuden käyttäjä

Hyvä FinCC luokituskokonaisuuden käyttäjä

FinCC asiantuntijaryhmä esittää yksiköllesi oheisen arviointipyynnön. Tämä arviointipyyntö koskee yksiköitä, joissa FinCC luokituskokonaisuuden SHTaL ja SHToL versio 2.0 tai 2.01 on ollut käytössä vähintään 6 kk.

Tiedustelemme myös tulosluokituksen SHTuL käyttöä.

Arviointia varten lähetetään kirjaamisen yhdyshenkilöille sähköpostin liitteissä SHTaL ja SHToL luokitusten versioit 2.01: mikäli yksikössä käytetään luokitusversioita 2.0, täytä lomake niiden mukaan.

Arviointi voidaan antaa ryhmäarviointina tai yksilöarviointina.

Palaute on ensiarvoisen tärkeä luokitusten kehittämisessä. Toivomme, että yksikössäsi voidaan irrottaa aikaa arvioinnin tekemiseen. Lomakkeen täytön voi keskeyttää välillä. Sitä ennen on jo annetut tiedot tallennettava (Tallenna painike lomakkeen lopussa) ja annettava sähköpostiosoite, johon osittain täytetty lomake lähetetään (paikka lomakkeen lopussa).

Pyydämme vastaustasi 16.4.2010 mennessä.

Palautetta hyödynnetään FinCC luokituskokonaisuuden seuraavien versioiden työstämisessä.

Voit lähettää lomakkeen täyttöön liittyvät kysymykset osoitteella anneli.ensio@uef

1. TAUSTATIEDOT

Valitse oheisista vaihtoehtoista työyksikköäsi parhaiten kuvaava ja ryhmittele yksikössäsi hoidettavat potilaat (kolme yleisintä ryhmää) lääketieteellisten erikoisalojen mukaan.

TYÖYKSIKKÖ ERIKOISSAIRAANHOIDOSSA

- Vuodeosasto
- Poliklinikka
- Toimenpideyksikkö
- Päivystys/ensiapu
- Teho-osasto

Muu mikä

Kolme yleisintä yksikössäne hoidettavaa potilasryhmää

(lääketieteellinen erikoisala)

TYÖYKSIKKÖ PERUSTERVEYDENHUOLLOSSA

- Vuodeosasto
- Päiväsairaala
- Poliklinikka
- Päivystys
- Kotisairaala
- Kotihoito/ Kotisairaanhoido
- Avosairaanhoidon / -terveydenhuollon vastaanotto
- Äitiysneuvola
- Lastenneuvola
- Kouluterveydenhuolto
- Opiskelijaterveydenhuolto

Muu mikä

Kolme yleisintä yksikössäne hoidettavaa potilasryhmää

(lääketieteellinen erikoisala)

1.1 Valitse luokituksesta ne SHTaL:n komponentin pääluokat ja alaluokat, joita haluat kommentoida, muuttaa tai poistaa.

Ota kantaa myös alaluokkien sopivuuteen tai tarpeellisuuteen niiden puuttuessa.

Kirjaa alla olevaan tilaan luokista ne, joita haluat kommentoida ja perustele mielipiteesi.

1.1 Valitse luokituksesta ne SHToL:n komponentin pääluokat ja alaluokat, joita haluat kommentoida, muuttaa tai poistaa.

Ota kantaa myös alaluokkien sopivuuteen tai tarpeellisuuteen niiden puuttuessa.

Kirjaa alla olevaan tilaan luokista ne, joita haluat kommentoida ja perustele mielipiteesi.

3. FinCC LUOKITUKSEN KÄYTTÖ YKSIKÖSSÄNNE

Kuvatkaa seuraavaksi FinCC luokituksen käyttöä yksikössänne

FINCC luokituskokonaisuutta käytetään yksikössämme

- Kaikkien potilaiden hoidon kirjauksissa
- Tiettyjen potilasryhmien hoidon kirjauksissa

	6 kk – 1 v	1 v – 2 v	yli 2 v	Ei ole käytössä
SHTaL:a on käytetty yksikössämme				
SHToL:a on käytetty yksikössämme				
SHTuL:a on käytetty yksikössämme				

FINCC luokituskokonaisuutta käyttää yksikössämme

- Hoitohenkilökunta
 Muut ammattiryhmät

Hoitohenkilökunnan lisäksi FinCC luokituskokonaisuutta käyttävät ammattiryhmät

Lisäkommentteja FinCC luokituskokonaisuuden käytöstä

Luokituspalaute on annettu

- Ryhmässä
 Yksilöpalaute

Kiitos palautteesta!

Osittainen tallennus

- Tahdon tallentaa täyttämäni tiedot ja jatkaa myöhemmin linkistä, joka lähetetään antamaani osoitteeseen.

Sähköpostiosoite

Tietojen lähetys

Liite 4 FinCC Finnish Care Classification Suomalainen hoidon tarveluokitus SHTaL
versio 2.01

Tunniste	KOMPONENTTI	Tunniste	PÄÄLUOKKA	Tunniste	ALALUOKKA				
5000	Aktiviteetti Aktiviteetin sekä uni- ja valvetilan muutokset	5001	Aktiviteetin muutos	5002	Aktiviteetin heikkeneminen				
				5004	Ajanvietteen vähäisyys				
				5005	Liikuntakyvyn heikentyminen				
				5006	Yliaktiivisuus				
				5007	Liikunnan vähäisyys				
				5008	Väsymys				
				5009	Rasituksen huono sietokyky				
				5010	Liikkumisen rajoittuminen				
				5011	Lihaskunnan heikkous				
				5013	Liiallinen uni				
		5012	Unen laadun ja määrän muutos	5014	Vähäunisuus				
				5015	Unettomuus				
				5016	Vuorokausirytmien muutos				
				5017	Nukahtamisvaikeudet				
				5018	Uniapnea				
				5019	Katkonainen uni				
				5021	Erittäminen Ruoansulatukseen, virtsateiden toimintaan, verenvuotoon ja muuhun erittämiseen liittyvät osatekijät	5022	Ulostamiseen liittyvät häiriöt	5023	Ulosteen pidätyskyvyttömyys
								5024	Ummetus
								5025	Ripuli
5026	Suolitukkeuma								
5028	Ulostamisvaikeus								
5029	Ilmavaivat								
5030	Ulostamisen muu häiriö								
5031	Virtsamiseen liittyvät häiriöt	5032	Virtsan pidätyskyvyttömyys						
		5033	Jännösvirtsa						
		5034	Virtsaampi						
		5035	Tihentynyt virtsaaminen						
		5037	Vähentynyt virtsaneritys						
		5038	Virtsaamisvaikeus						
		5039	Lisääntynyt virtsaneritys						
5042	Pahoinvointi	5040	Verivirtsaisuus						
		5041	Virtsaamisen muu häiriö						

Tunniste	KOMPONENTTI	Tunniste	PÄÄLUOKKA	Tunniste	ALALUOKKA		
5059	Selviytyminen Yksilön ja perheen kyky käsitellä ongelmia tai sopeutua niihin sekä hoitaa velvollisuudet tai tehtävät	5060	Potilaan heikentynyt selviytymiskyky	5044	Muut mahdollisesti erittämiseen liittyvät häiriöt		
				5045	Hikoilu		
				5046	Närästys		
				5047	Pahoinvointi		
				5048	Oksennus		
				5049	Sylien erityis		
				5050	Nenäeritteet		
				5051	Korvaeritteet		
				5052	Silmäeritteet		
				5053	Muut maha-suolikanavan eritteet		
				5054	Gynekologiset eritteet		
				5055	Dreenieritteet		
				5056	Maidon erityis		
				5057	Huuhtelueritteet		
				5058	Lapsivesi		
				5072	Perheen heikentynyt selviytymiskyky	5063	Päätöksentekokyvyn heikkeneminen
						5064	Keskittymiskyvyn muutos
						5065	Aloitekyvyttömyys
5066	Oppimisvaikeus						
5067	Sopeutumiskyvyn muutos						
5068	Muistihäiriö						
5074	Selviytymiseen liittyvä tuen tarve						
5075	Henkisen tuen tarve	5076	Kuoleman pelko				
		5077	Suru				
		5078	Hengellinen hätä				
		5079	Syylisyyden tunne				
5080	Nestetasapaino Elimistön nestemäärään liittyvät osatekijät	5082	Nestevajaus	5085	Kuivuminen		
				5086	Jano		
				5088	Turvotus		
				5089	Keuhkoödeema		

Tunniste	KOMPONENTTI	Tunniste	PÄÄLUOKKA	Tunniste	ALALUOKKA				
5090	Terveyskäyttäytyminen Terveiden edistämiseen liittyvät osatekijät	5108	Terveyttä uhkaavat elintavat	5109	Tupakointi				
				5110	Päihteiden käyttö				
				5111	Lääkkeiden väärinkäyttö				
				5112	Muu riippuvuus				
				5113	Epäterveellinen ruokavalio				
				5114	Liikunnan puute				
5115	Hoitoon sitoutumattomuus	5115	Hoitoon sitoutumattomuus	5116	Sairauden kieltäminen				
				5117	Sairauden tunnon puute				
				5118	Terveiden säilyttämisen tarve				
				5119	Hoitoon liittyvän päätöksenteon vaikeus				
				5120	Terveyspalvelujen käyttö Palvelutapahtuman aikana tarvittaviin asiantuntijapalveluihin, tutkimuksiin ja näytteiden ottoon liittyvät osatekijät	5121	Asiantuntijapalvelujen tarve Hoitoon liittyvä terveydenhuollon ammattilaisten ja muiden ammattiryhmien yhteistyössä järjestettävä hoito		
				5124	Potilaan oikeuksiin liittyvä tiedon tarve				
5125	Näytteenottoon liittyvä tiedon tarve								
5126	Tutkimukseen / toimenpiteeseen liittyvä tiedon tarve								
5127	Lääkehoito Lääkkeiden käyttöön ja lääkehoidon toteuttamiseen liittyvät osatekijät	5128	Lääkkeiden käyttöön liittyvät riskit Lisääntynyt mahdollisuus lääkehoidon haitallisuudesta	5129	Lääkkeiden rinnakkaiskäyttö				
				5130	Lääkityksen sopimattomuus				
				5131	Lääkkeiden väärinkäyttö				
				5132	Lääkeriippuvuus				
				5133	Lääkkeiden sekakäyttö				
				5134	Intoksikaatoriski				
				5135	Lääkeaineallergia				
				5136	Lääkekielteisyys				
				5137	Lääkkeiden haittavaikutukset				
				5138	Lääkkeiden yhteisvaikutukset				
				5139	Lääkehoidon toteuttamiseen liittyvät tekijät	5140	Avun tarve lääkkeiden ottamisessa		
				5144	Lääkitykseen liittyvä tiedon tarve Riittämätön tieto lääkityksestä ja sen toteutuksesta			5141	Avun tarve lääkkeiden jakamisessa
								5142	Erityistä seurantaa vaativa lääkitys
								5143	Poikkeava lääkkeenantotapa
5145	Ravitseminen Ravinnon ja ravintoaineiden turvaamiseen liittyvät osatekijät	5146	Ravitsemuksen muutos Vaihtelu ruuan tai ravintoaineiden saannissa						
5147	Ravinnon vähäisyys								
				5148	Ruokahaluttomuus				
				5149	Liika ravinto				
				5150	Ylensyönti				
				5153	Syömishäiriö				
				5154	Imeytymishäiriö				
				5155	Yksipuolinen ruokavalio				
				5156	Syömisvaikeus				
				5157	Kyvyttömyys ottaa ravintoa suun kautta				
				5158	Ravinnottaolo				
				5159	Nälkä				
				5160	Aliravitseminen				
				5161	Erityisruokavalion tarve Yksilöllinen ravitseminen	5162	Lisäravinteiden tarve		
		5167	Vastasyntyneiden ja imeväisikäisten ravinnon tarve	5163	Ravintoaineiden rajoittamisen tarve				
5164	Ruoka-aineallergia								
5165	Ruokavalio								
5170	Lisääntynyt ravinnon tarve	5168	Häiriö rintaruokinnassa						
5171	Vähentynyt ravinnon tarve	5169	Imemisvaikeus						
5172	Ravitsemukseen liittyvä tiedon tarve								

Tunniste	KOMPONENTTI	Tunniste	PÄÄLUOKKA	Tunniste	ALALUOKKA		
5145	Ravitseminen Ravinnon ja ravintoaineiden turvaamiseen liittyvät osatekijät	5146	Ravitsemuksen muutos Vaihtelu ruuan tai ravintoaineiden saannissa	5147	Ravinnon vähäisyys		
				5148	Ruokahaluttomuus		
				5149	Liika ravinto		
				5150	Ylensyönti		
				5153	Syömishäiriö		
				5154	Imeytymishäiriö		
5147	Ravinnon vähäisyys	5146	Ravitsemuksen muutos Vaihtelu ruuan tai ravintoaineiden saannissa	5155	Yksipuolinen ruokavalio		
				5156	Syömisvaikeus		
				5157	Kyvyttömyys ottaa ravintoa suun kautta		
				5158	Ravinnottaolo		
				5159	Nälkä		
				5160	Aliravitseminen		
				5161	Erityisruokavalion tarve Yksilöllinen ravitseminen	5162	Lisäravinteiden tarve
				5163	Ravintoaineiden rajoittamisen tarve		
				5164	Ruoka-aineallergia		
				5165	Ruokavalio		
				5167	Vastasyntyneiden ja imeväisikäisten ravinnon tarve	5168	Häiriö rintaruokinnassa
				5170	Lisääntynyt ravinnon tarve	5169	Imemisvaikeus
				5171	Vähentynyt ravinnon tarve		
				5172	Ravitsemukseen liittyvä tiedon tarve		

Tunniste	KOMPONENTTI	Tunniste	PAALUOKKA	Tunniste	ALALUOKKA
5188	Hengitys Keuhkojen toimintaan liittyvät osatekijät	5195	Hengitysvajaus Hapen puutteesta tai ventilaatiovajauksesta johtuva tilanne	5196	Hengenahdistus
				5197	Hyperventilaatio
				5198	Yskä
				5199	Tukkoinen hengitys
				5200	Hengitystiheyden muutos
5204	Verenkierto Eri elinten verenkiertoon liittyvät osatekijät	5205	Verenkierto	5206	Verenpaineen muutos
				5207	Sydämen rytmin muutos
				5208	Kehon lämpötilan muutos
				5209	Atilämpö
				5210	Ytilämpö
5216	Aineenvaihdunta Endokrinologisiin ja immunologisiin järjestelmiin liittyvät osatekijät	5217	Hormonaaliset muutokset	5211	Tajunnantason muutos
				5212	Tajunnan taso lievästi alentunut
				5213	Tajunnan taso voimakkaasti alentunut (GCS)
				5214	Neurologiset muutokset
				5215	Verenkiertoon liittyvä tiedon puute
5224	Kanssakäyminen Yksityisyyteen ja yhdessäoloon liittyvät osatekijät	5225	Kommunikointiongelmia	5219	Verensokerin muutos
				5220	Vastasyntyneen keltaisuus
				5221	Immunologiset muutokset
				5222	Heikentynyt vastustuskyky
				5223	Suojaeristyksen tarve
5231	Läheisyyden tarve	5232	Yksityisyyden tarve	5226	Itseilmaisun vaikeus
				5227	Puheen tuottamisen vaikeus
				5229	Kognitiivinen häiriö
				5230	Ymmärretyksi tulemisen vaikeus
				5233	Sosiaalinen eristäytyminen
5235	Seksuaalisen käyttäytymisen muutos				

Tunniste	KOMPONENTTI	Tunniste	PAALUOKKA	Tunniste	ALALUOKKA
5236	Turvallisuus Sairauden tai hoitoympäristön aiheuttamat turvallisuusriskit	5248	Tapaturmariski	5249	Putoamisriski
				5250	Asentohoidon aiheuttama vaurio
				5251	Kaatumisriski
				5252	Karkailu
				5253	Turvattomuuden tunne
5256	Päivittäiset toiminnot Omatoimisuuteen liittyvät osatekijät	5263	Peseytymiseen ja hygieniaan liittyvä avun tarve	5254	Tarttuvan taudin kantajuus
				5255	Toisen vahingoittamisen vaara
				5264	Pukeutumiseen liittyvä avun tarve
				5265	Ruokailuun liittyvä avun tarve
				5266	Liikkumiseen liittyvä avun tarve
5269	Psyykinen tasapaino Psyykkisen tasapainon saavuttamiseen vaikuttavat osatekijät	5279	Minäkuvan muutos vaikeus Oman itsensä hyväksymisessä ja hahmottamisessa	5267	WC-toimintoihin liittyvä avun tarve
				5268	Apuvälineiden tarve Heikentyneen toimintakyvyn korjaaminen apuvälineillä
				5280	Kehokuvan muutos
				5281	Itsetuntohäiriö
				5282	Ahdistuneisuus Epämääräinen selittämätön pahaolo
5288	Masentuneisuus	5283	Pelokkuus	5285	Euforia
				5286	Maanisuus
				5287	Apaattisuus
				5289	Harhaisuus
				5290	Käyttäytymisen muutos Itseä ja/tai muita häiritsevä käytös
5291	Aggressiivisuus	5292	Väkivaltaisuus	5291	Aggressiivisuus
				5292	Väkivaltaisuus
				5293	Itsetuhoisuus
				5294	Toistuvat pakonomaiset toiminnot

Tunniste	KOMPONENTTI	Tunniste	PAALUOKKA	Tunniste	ALALUOKKA
		5296	Persoonallisuuden muutos Itseä ja/tai muita haittaava persoonallisuuden häiriö	5295	Rauhattomuus
5297	Aistitoiminta Aistien toimintaan liittyvät osatekijät	5305	Kuuloaistin muutos		
		5306	Makuuain muutos		
		5307	Hajuain muutos		
		5308	Näköain muutos		
		5309	Tuntoain muutos		
		5310	Tasapainoain muutos		
		5311	Ärsykeherkkyys		
		5312	Aistitoimintoihin liittyvä tiedon tarve		
		5313	Akuutti kipu	5314	Rintakipu
				5315	Päänsärky
				5316	Tulehduskipu
				5317	Toimenpiteeseen liittyvä kipu
				5318	Traumaattinen kipu
		5319	Krooninen kipu	5320	Kudosvaurioon liittyvä kipu
				5321	Neuropaattinen kipu
				5322	Idiopaattinen kipu
				5323	Syöpäkipu
5324	Kudoseheys Lima- ja sarveiskalvojen sekä ihon ja ihonalaisten kerrosten kuntoon liittyvät osatekijät	5325	Ihon eheyden muutos Häiriö ihon kunnossa	5326	Ihorikko
				5327	Ihon rikkoutumisen riski
				5328	Ihon kudosvaurion riski
				5329	Haava
				5332	Ihottuma
		5333	Limakalvon eheyden muutos Häiriö limakalvon kunnossa	5334	Genitaali alueen limakalvomuutokset
				5335	Suun limakalvomuutokset
				5336	Nenän limakalvomuutokset
				5337	Nielun limakalvomuutokset
				5338	Silmän limakalvomuutokset
				5339	Peräsuolen limakalvomuutokset
		5341	Akuutit haavat	5342	Kirurginen haava

Tunniste	KOMPONENTTI	Tunniste	PAALUOKKA	Tunniste	ALALUOKKA
				5343	Traumaattinen haava
				5344	Palovamma
				5345	Ihosiiirre
				5346	Ihonotto kohta
		5347	Krooniset haavat	5348	Diabeettinen haava
				5349	Säärihaava
				5350	Painehaava
				5351	Infektoitunut kirurginen tai traumaattinen haava
				5352	Haavan paranemisen häiriö
		5353	Kudoseheyteen liittyvä tiedon tarve		
5354	Jatkohoito Hoidon päättämiseen, potilaan kotiutumiseen tai hoitopaikan vaihtumiseen liittyvät osatekijät	5356	Hoidon jatkuvuuden tarve	5357	Hoito jatkuu kotona / ei sovitua kontrollia
				5358	Hoito jatkuu perusterveydenhuollossa
				5359	Hoito jatkuu erikoissairaanhoidossa
		5360	Jatkohoito-ohjeiden tarve		
		5361	Hoidon päättäminen		
5362	Elämäntapa Elämän vaiheisiin liittyvät osatekijät	5363	Lisääntyminen	5364	Raskaaksi tulon riski
				5365	Raskaaksi tulo
				5366	Hedelmättömyys
				5367	Syntyvyyden säännöstely
				5368	Perinnöllisyys
		5369	Raskaus		
		5370	Raskauden ajan riski	5371	Raskauden keskeytymisen riski
				5372	Ennen aikaisen synnytyksen riski
				5373	Synnytystapahtuman riski
				5374	Synnytyksen jälkeinen riski
				5375	Synnytyksen käynnistymisen riski
				5376	Muu raskauden ajan riski
		5377	Synnytys	5378	Synnytyksen käynnistymisen
				5379	Lapsivuoteisuus
		5380	Imetyksen onnistuminen		
		5381	länmukainen kasvu ja kehitys		

Liite 5 FinCC Finnish Care Classification Suomalainen hoitotyön toimintoluokitus

SHToL versio 2.01

Tunniste	KOMPONENTTI	Tunniste	Pääloukka	Tunniste	Alaluokka
1000	Aktiviteetti Aktiviteetin sekä uni- ja valvetilan muutokset	1001	Aktiviteetin seuranta	1003	Leikki
		1002	Aktiviteettia edistävä toiminta	1004	Virikkeiden järjestäminen
				1005	Toiminnallinen kuntoutus
				1006	Liikeharjoitusten toteuttaminen
				1007	Toiminnallisuutta ylläpitävä asentohoito
				1008	Aktiviteettiin liittyvä ohjaus
		1009	Toiminnan rajoittaminen	1010	Liikunnan rajoittaminen
				1011	Rasituksen välttäminen
		1012	Uni- tai valvetilan seuranta		
		1018	Unta tai valvetilaa edistävä toiminta	1019	Untaedistävän ympäristön järjestäminen
		1021	Uni- tai valvetilaan liittyvä ohjaus	1020	Vuorokausirytmien muuttaminen
1022	Erittäminen Ruuan sulutukseen, virtsateiden toimintaan, veren vuotoon ja muuhun erittämiseen liittyvät osatekijät	1023	Suoliston toiminnan seuranta	1024	Ulosteen määrän ja laadun seuranta
		1026	Suoliston toiminnan ylläpitäminen	1025	Suoläänten seuranta
				1027	Ripuloivan potilaan hoito
				1028	Ummetuksesta kärsivän potilaan hoito
				1029	Suoliston tyhjentäminen
		1031	Suoliston toimintaan liittyvä ohjaus		
		1032	Virtsamisen seuranta	1033	Virtsamäärän seuraaminen
				1034	Virtsan laadun seuraaminen
		1035	Munuaisten ja virtsateiden toiminnan ylläpitäminen	1036	Kestokatketrihoidon toteuttaminen
				1037	Kertakatetroinnin toteuttaminen
				1038	Virtsateiden tai rakan huuhteleväminen
				1039	Kystostomoidun potilaan hoito
				1040	Virtsan pidätkykyttömyyden hoitaminen
				1043	Virtsanerityksen edistäminen
				1044	Virtsamiseen liittyvä ohjaus
1045	Avannepotilaan hoito	1048	Avannepussin vaihto tai tyhjennys		
		1049	Avanteen tai avannetta ympäröivän ihon seuranta ja hoito		
1050	Avanteeseen liittyvä ohjaus				

Tunniste	KOMPONENTTI	Tunniste	Pääloukka	Tunniste	Alaluokka		
		1051	Pahoinvoinnin tai oksentamisen huomiointi	1052	Oksennusten määrän tai laadun seuranta		
				1056	Pahoinvointiriskin määrittäminen		
				1057	Pahoinvoinnin ehkäisy		
		1058	Pahoinvoinnin hoito				
		1059	Pahoinvoinnin ehkäisyyn ja hoitoon liittyvä ohjaus				
		1060	Muun erityistoiminnan huomiointi	1061	Nenämahaletkun laittaminen		
				1062	Nenämahaletkueritteiden määrän ja laadun seuranta		
				1063	Dreenieritteiden seuranta		
				1064	Hikoilun tarkkailu		
				1065	Verenvuodon seuraaminen		
		1066	Muuhun erittämiseen liittyvä ohjaus	1067	Dialyysihoidon toteuttaminen Munuaisten korvaava hoito	1068	Peritoneaalidialyysipussin vaihto käsin (PD)
						1069	Peritoneaalidialyysipussin vaihto koneella (APD)
						1070	Dialyysinesteen määrän tai laadun seuranta
						1071	Fistelien seuranta ja hoito
						1072	Sentr.hemodialyysikatetrin seuranta tai puhdistus
1074	Dialyysipotilaan ohjaus						
1076	Selviytyminen Yksilön ja perheen kyky käsitellä ongelmia tai sopeutua niihin sekä hoitaa velvollisuudet tai tehtävät					1077	Potilaan selviytymiskyvyn arviointi
		1078	Potilaan selviytymisen tukeminen				
		1079	Potilaan uusien selviytymiskeinojen etsiminen				
		1080	Perheen selviytymiskyvyn arviointi				
		1081	Perheen selviytymisen tukeminen				
		1082	Perheen uusien selviytymiskeinojen etsiminen				

Tunniste	KOMPONENTTI	Tunniste	Pääloukka	Tunniste	Alaluokka
		1083	Perhehoitotyön menetelmien toteuttaminen		
		1091	Selviytymiseen liittyvä ohjaus		
		1092	Henkinen tuki		
1108	Nestetasapaino Elimistön nestemäärään liittyvät osatekijät	1116	Nestetasapainon seuranta	1117	Nestetasapainon laskeminen
				1118	Turvotusten tarkkailu
		1119	Nesteytyksestä huolehtiminen	1120	Nesteiden antaminen suun kautta
				1121	Suonensisäinen nesteytys
				1122	Nesteenantokanyylin puhdistus ja sen toimivuudesta huolehtiminen
		1123	Verivalmisteiden antaminen		
		1124	Nesteytykseen liittyvä ohjaus		
		1125	Nestemäärän rajoittaminen		
		1126	Nesteenpoiston edistäminen		
1127	Terveyskäyttäytyminen Terveystietämiseen liittyvät osatekijät	1138	Elintapojen arviointi	1139	Ravitsemustottumusten selvittäminen
				1140	Liikuntatottumusten selvittäminen
				1141	Päihteiden käyttötottumusten selvittäminen
				1142	Lääkkeiden käytön selvittäminen
				1143	Tupakoinnin selvittäminen
				1144	Muiden riippuvuuksien selvittäminen
		1145	Terveystietämiseen liittyvä ohjaus		
		1146	Hoitoon sitoutumisen edistäminen	1147	Hoitosopimuksen tekeminen
				1148	Hoidon suunnitteluun ja toteutukseen osallistuminen
				1149	Päätöksenteon tukeminen
				1150	Sairaudentunnon vahvistaminen
		1151	Terveystietämisen tukeminen		
1152	Terveyspalvelujen käyttö Palvelutapahtuman aikana tarvittaviin asiantuntijapalveluihin, tutkimuksiin ja näytteiden ottoon liittyvät osatekijät	1153	Palvelutapahtuman aikaisen hoidon koordinointi	1154	Lääkäri (palvelutapahtuman aikana)
				1155	Sosiaalityöntekijä (palvelutapahtuman aikana)
				1156	Asiantuntijasairaanhoidtaja (palvelutap. aikana)
				1157	Toimintaterapeutti (palvelutapahtuman aikana)

Tunniste	KOMPONENTTI	Tunniste	Pääloukka	Tunniste	Alaluokka
				1158	Fysioterapeutti (palvelutapahtuman aikana)
				1159	Puheterapeutti (palvelutapahtuman aikana)
				1160	Ravitsemusterapeutti (palvelutapahtuman aikana)
				1161	Psykoterapeutti (palvelutapahtuman aikana)
				1162	Psykologi (palvelutapahtuman aikana)
				1163	Akuuttityöryhmä (palvelutapahtuman aikana)
				1164	Kuntoutusohjaaja (palvelutapahtuman aikana)
				1165	Tulkkipalvelut (palvelutapahtuman aikana)
				1166	Jalkojenhoitaja (palvelutapahtuman aikana)
				1167	Näkökeskus (palvelutapahtuman aikana)
				1168	Kuuloasema (palvelutapahtuman aikana)
				1169	Apuvälineyksikkö (palvelutapahtuman aikana)
				1170	Sairaalakoulu (palvelutapahtuman aikana)
				1171	Pappi (palvelutapahtuman aikana)
				1172	Muiden ammattiryhmien palvelu (palvelutap. aikana)
				1173	Muu avustava palvelu (palvelutapahtuman aikana)
				1174	Moniammatillinen työryhmä (palvelutap. aikana)
		1175	Potilaan oikeuksista tiedottaminen		
		1180	Näytteiden ottaminen	1181	Näytteenottoon valmistaminen
				1182	Verinäyte
				1183	Ulostusnäyte
				1184	Virtsanäyte
				1185	Limanäyte
				1186	Märkänäyte

Tunniste	KOMPONENTTI	Tunniste	Pääluokka	Tunniste	Alaluokka
				1187	Kudosnäyte
				1188	Gynekologiset näytteet
				1189	Lapsivesinäyte
				1190	Nielunäyte
				1191	Ihonäyte
				1192	Alkometri
				1193	Muu näyte
		1194	Näytteenottoon liittyvä ohjaus		
		1195	Näytteenoton jälkeinen tarkkailu		
		1196	Tutkimukseen, toimenpiteeseen valmistaminen		
		1197	Tutkimuksen, toimenpiteen suorittaminen		
		1198	Tutkimuksessa tai toimenpiteessä avustaminen		
		1199	Tutkimuksen, toimenpiteen jälkeinen tarkkaileminen		
		1200	Tutkimuksiin ja toimenpiteisiin liittyvä ohjaus		
1201	Lääkehoito Lääkkeiden käyttöön ja lääkehoidon toteuttamiseen liittyvät osatekijät	1202	Lääkkeen vaikutuksen seuranta		
		1203	Lääkkeen vaikuttavuuden seuranta		
		1204	Lääkehoidon ohjaus	1205	Lääkehoidon kirjallinen ohjaus
				1206	Lääkehoidon suullinen ohjaus
				1207	Lääkehoidon puhelinohjaus
				1208	Lääkehoidon ohjaus kirjeitse
				1209	Lääkehoidon muu ohjaus
		1211	Lääkehoidosta poikkeaminen	1212	Läkkeet murskataan
				1213	Läkkeet nenämahaletkun kautta
				1214	Läkkeessä tauko
		1215	Lääkkeen antaminen	1216	Lääke suun kautta
				1217	Lääkeinjektion anto
				1218	Lääke peräsuoleen
				1219	Inhalaation antaminen

Tunniste	KOMPONENTTI	Tunniste	Pääluokka	Tunniste	Alaluokka
				1220	Läkelaastrarin laittaminen
				1221	Lääke emättimeen
				1222	Lääkeinfuusion antaminen
				1223	Lääke suoraan vatsalaukkuun
				1224	Voiteiden käyttäminen
				1225	Tippojen antaminen
				1226	Sumutteiden antaminen
				1227	Pintapuudute
		1236	Lääkkeen antaminen tahdosta riippumatta		
		1237	Lääkkeiden jako dosettiin		
		1238	Solunsalpaajahoidon toteuttaminen		
		1239	Rokotus		
		1240	Lääkepumppu		
1242	Ravitsemus Ravinnon ja ravintoaineiden turvaamiseen liittyvät osatekijät	1243	Ravitsemustilan seuranta	1244	Ravitsemuskartoituksen tekeminen
				1245	Painon kontrollointi
				1246	Pituuden kontrollointi
				1247	BMI-arvon määrittäminen
		1248	Ravinnon saannin turvaaminen	1249	Ruokailun seuranta
				1250	Erytysruokavalion toteuttaminen
				1251	Letkuruokinnan toteuttaminen
				1252	Suonensisäinen ravitseminen
				1253	Lisäravinteiden tarjoaminen
				1254	Mieliruokien tarjoaminen
				1255	Hyvän ruokailuasennon huomioiminen
		1256	länmukaisesta ravitsemuksesta huolehtiminen		
		1257	Lisäravinnon antaminen		
		1258	Ravinnon määrän rajoittaminen	1259	Ravinnottaolon toteuttaminen
				1260	Vähäkalorisen ruokavalion toteuttaminen
		1261	Ravitsemukseen liittyvä ohjaus		
1324	Hengitys Keuhkojen toimintaan liittyvät osatekijät	1340	Hengityksen seuranta	1341	Hengityksen laadun ja määrän seuranta
				1342	Happisaturaation seuranta
				1343	PEF-seuranta
				1344	Yskän seuranta

Tunniste	KOMPONENTTI	Tunniste	Pääloukka	Tunniste	Alaluokka
		1345	Hengityseritteiden määrän ja laadun seuranta	1346	Limaisuuden seuranta
		1348	Hengityksen ja keuhkojen toiminnan ylläpito	1347	Yskösten seuranta
				1349	Hapen antaminen
				1350	Hengitysharjoitusten toteuttaminen
				1351	Keuhkojen tyhjennyshoito
				1352	Liman imeminen
				1353	Hengitystä helpottava asentohoito
				1354	Positiiviseen paineeseen puhalluttaminen
				1355	Trakeostomia-avanteen hoito
				1356	Hengityksen hoito muilla apuvälineillä
				1357	Hengitysilman kostutus
		1358	Hengityksen hoitoon liittyvä ohjaus		
1359	Verenkierto Eri elinten verenkiertoon liittyvät osatekijät	1360	Verenkierron seuranta	1361	Verenpaineen seuranta
				1362	Sykkeen seuranta
				1363	Sydämen rytmin seuranta
				1364	Sydänfilmin ottaminen
				1365	Ihon värin ja lämmön seuranta
		1366	Verenkierron ylläpitäminen	1367	Verenkiertoa ylläpitävä asentohoito
				1368	Verenkiertoa ylläpitävät apuvälineet
		1369	Kehon lämpötasapainosta huolehtiminen	1370	Lämmön seuranta
				1371	Lämpötilan ylläpitäminen
				1372	Lämpötilan alentaminen
				1373	Lämpötilan kohentaminen
		1374	Tajunnantason seuranta		
		1375	Neurologisten oireiden seuranta		
		1376	Verenkiertoon liittyvä ohjaus		
		1377	Elvytys		
		1378	Vastasyntyneen virvoittelu		
1379	Aineenvaihdunta Endokrinologisiin ja immunologisiin järjestelmiin liittyvät osatekijät	1380	Aineenvaihduntaan liittyvä tarkkailu ja hoito	1381	Verensokerin tarkkailu ja hoito
				1382	Vastasyntyneen keltaisuuden tarkkailu ja hoito
		1383	Hormonaalisten häiriöiden hoito		
		1384	Immunologisten muutosten huomiointi	1385	Infektoriskin tunnistaminen
				1386	Suojaeristyksen toteuttaminen

Tunniste	KOMPONENTTI	Tunniste	Pääloukka	Tunniste	Alaluokka
		1387	Aineenvaihduntaan liittyvä ohjaus		
1388	Kanssakäyminen Yksityisyyteen ja yhdessäoloon liittyvät osatekijät	1389	Yksityisyyden mahdollistaminen		
		1392	Kommunikaation tukeminen Viestimisen mahdollistaminen		
		1396	Sosiaalisen kanssakäymisen tukeminen		
		1399	Yhdessäolon mahdollistaminen		
		1400	Seksuaaliseen kanssakäymiseen liittyvä ohjaus		
		1401	Kommunikaatioon liittyvä ohjaus		
1402	Turvallisuus Sairauden tai hoitoympäristön aiheuttamat turvallisuusriskit	1408	Ulkoisen turvallisuuden lisääminen Turvallisen lähiympäristön tai toiminnan turvallisuuden huomiointi	1409	Turvallisen ympäristön järjestäminen
				1410	Vierihoidtaminen
				1411	Potilaan omaisuuden haltuunotto
				1412	Potilaan omaisuuden tarkistaminen
				1413	Potilaan liikkumisen rajoittaminen ja seuranta
				1414	Potilaan yhteydenpidon rajoittaminen ja seuranta
				1415	Potilaan itsemääräämisoikeuden rajoittaminen
				1416	Tapaturmariskin huomiointi
		1417	Uhkaavan käyttäytymisen hallinta	1418	Rajojen asettaminen
				1419	Potilaan rauhoittaminen lepositein
				1420	Kiinnipitäminen
		1421	Infektion vuoksi eristäminen		
		1430	Infektiopotilaan ohjaaminen		
1442	Päivittäiset toiminnot Omatoimisuuteen liittyvät osatekijät	1443	Puhtaudesta huolehtiminen	1444	Peseytymisessä avustaminen
				1445	Pukeutumisessa avustaminen
				1446	Suun tai hampaiden hoidossa avustaminen
		1447	Ruokailun järjestäminen	1448	Ruokailussa avustaminen
				1449	Ruokailuasento

Tunniste	KOMPONENTTI	Tunniste	Pääloukka	Tunniste	Alaluokka
		1452	Liikkumisessa avustaminen Kävelyn edistäminen ja liikkumaan rohkaisu	1451	Vauvojen pullo tai kuppiruokinta
		1456	WC-toimintojen turvaaminen	1453	Kävelyharjoituksista huolehtiminen
		1458	Apuvälineiden järjestäminen	1454	Seisomaharjoituksista huolehtiminen
		1462	Apuvälineiden käytön ohjaus	1455	Istumaharjoituksista huolehtiminen
		1463	Päivittäisiin toimintoihin liittyvä ohjaus	1457	WC-toiminnoissa avustaminen
1464	Psyykinen tasapaino Psyykinen tasapainon saavuttamiseen vaikuttavat osatekijät	1465	Psyykinen tilan seuranta	1466	Havaintokyvyn häiriöiden tunnistaminen
		1469	Hoitosuhteen luominen ja ylläpitäminen	1467	Ajattelu- ja puhehäiriöiden tunnistaminen
		1475	Eri terapiamuotojen käyttäminen	1468	Käyttäytymisen häiriöiden tunnistaminen
		1484	Mielialan seuranta	1470	Omahoitajakeskustelu
		1485	Minäkuvan muutoksen hoito	1471	Perhekeskustelu
		1488	Todellisuustajun vahvistaminen	1472	Ryhmäkeskustelu
		1489	Rauhoittaminen	1473	Potilaan todellisuuden kuunteleminen
		1490	Eristäminen	1474	Ymmärryksen ja tietoisuuden lisääminen
		1491	Psyykinen tuki	1476	Yksilöterapia
		1492	Sisäisen turvallisuuden vahvistaminen	1477	Perheterapia
				1478	Kognitiivinen terapia
				1479	Traumaterapia
				1480	Kuvaterapia/taideterapia
				1481	Musiikkiterapia
				1482	Valoterapia
				1483	Minäkuvan vahvistamisen ja tukemisen terapia
				1493	Läsnäolo
				1494	Sylissäpito
				1495	Toivon ylläpitäminen

Tunniste	KOMPONENTTI	Tunniste	Pääloukka	Tunniste	Alaluokka
		1497	Itsetuhoisen käyttäytymisen estäminen	1496	Lohduttaminen
		1498	Psyykkistä tasapainoa edistävä ohjaus		
		1499	Tilanteen läpikäyminen jälkikäteen		
1510	Aistitoiminta Aistien toimintaan liittyvät osatekijät	1511	Kuuloaistin muutosten huomiointi	1512	Kuuloaistin stimulointi
		1514	Kuuloaistiin liittyvä ohjaus	1513	Mekaanisen esteen poistaminen korvakäytävästä
		1515	Näköaistin muutosten huomiointi	1516	Heikentyneen näkökyvyn huomiointi
		1518	Näönkäytön ohjaus	1517	Näköaistin stimulointi
		1519	Tuntoaistin muutosten huomiointi		
		1520	Tuntoaistiin liittyvä ohjaus		
		1521	Toimenpiteisiin liittyvien tuntuu muutosten seuranta		
		1522	Tasapainoaistin muutosten huomiointi	1523	Tasapainon havainnointi
		1525	Tasapainon ylläpitoon liittyvä ohjaus	1524	Tasapainoaistin stimulointi
		1526	Haju- tai makuaistin muutosten huomiointi	1528	Hajuaistin stimulointi
		1530	Haju- tai makuaistiin liittyvä ohjaus	1529	Makuaistin stimulointi
		1532	Apuvälineiden järjestäminen		
		1533	Apuvälineisiin liittyvä ohjaus		
		1534	Ärsykeherkkyyden huomiointi		
		1535	Kivun seuranta	1536	Kivun voimakkuuden mittaaminen
		1538	Kivun hoito	1537	Kivun arviointi (laatu, sijainti, esiintyvyys)
		1539	Kivun hoitoon liittyvä ohjaus		

Tunniste	KOMPONENTTI	Tunniste	Pääluokka	Tunniste	Alaluokka
1540	Kudoseheys Lima- ja sarveiskalvojen sekä ihon ja ihonalaisten kerrosten kuntoon liittyvät osatekijät	1541	Ihon kunnon seuranta		
			Ihon kunnosta huolehtiminen		
		1545	Ihon perushoito		
		1546	Ihon hoitoon liittyvä ohjaus		
		1547	Ihottuman seuranta		
		1548	Ihottuman hoito	1550	Ihottuma-alueen tuuletus
				1551	Hoitokyllyn antaminen
				1552	Hauteiden laitto
				1553	Ihottuma-alueen penslaus
				1554	Ihottuma-alueen rasvaus
				1555	Ihottuman valohoito
				1556	Hoitosidokset
		1557	Ihottuman hoitoon liittyvä ohjaus		
		1558	Limakalvojen kunnon seuranta		
		1559	Limakalvojen perushoito	1560	Genitaalialueen perushoito
				1561	Suun ja muiden limakalvojen perushoito
		1562	Suun ja limakalvojen hoitoon liittyvä ohjaus		
		1563	Silmien hoito		
		1564	Silmien hoitoon liittyvä ohjaus		
		1565	Haavan seuranta	1566	Haavadreenin toiminnan tarkkailu ja huolto
				1567	Haavan vuodon ja erittämisen seuranta
				1568	Haavan hoito
				1569	Haavasidoksen vaihto
		1570	Ompeluiden poisto		
		1571	Ihosiirteen hoito		
		1572	Ihonotokohdan hoito		
1573	Haavan hoitoon liittyvä ohjaus				
1574	Palovamman seuranta	1575	Palovamma-asteen määrittäminen		
1576	Palovamman hoito	1578	Palovamma-alueen suihkutus		
		1579	Palovamma-alueen rasvaus		
		1580	Palovammasiteiden vaihto		
		1581	Palovamman lämpöhoito		
1582	Palovamman hoitoon liittyvä ohjaus				

Tunniste	KOMPONENTTI	Tunniste	Pääluokka	Tunniste	Alaluokka
		1583	Painehaavojen ehkäisy ja hoito	1584	Painehaavan riskipisteytys
				1585	Asennonvaihdoista huolehtiminen
				1586	Ilmapatja tai muu erikoispatja
				1587	Painehaavan rasvaus
				1588	Painehaavan tuuletus
				1589	Hoitokalvon laitto painehaavaan
				1590	Painehaavan suihkutus
		1591	Painehaavan hoitoon liittyvä ohjaus		
1606	Jatkohoito Hoidon päättämiseen, potilaan kotiutumiseen tai hoitopaikan vaihtumiseen liittyvät osatekijät	1609	Jatkohoidon suunnitelman laatiminen		
		1610	Jatkohoidon tai kontrollikäyntien järjestäminen	1611	Erikoissairaanhoidon yksikkö (jatkohoito)
				1612	Terveyskeskuslääkäri (jatkohoito)
				1613	Terveyskeskuksen vuodeosasto (jatkohoito)
				1614	Kotisairaanhoidon yksikkö (jatkohoito)
				1615	Neuvola (jatkohoito)
				1616	Päiväkeskuspalvelu (jatkohoito)
				1617	Laboratorio (jatkohoito)
				1618	Röntgen (jatkohoito)
				1619	Kotipalvelu (jatkohoito)
				1620	Ateriapalvelu (jatkohoito)
				1621	Tukihenkilö tai -perhe (jatkohoito)
				1622	Potilasjärjestö ja vertaistukiverkosto (jatkohoito)
				1623	Omaishoitaja (jatkohoito)
				1624	Muu palvelu (jatkohoito)
				1625	Hoitoonohjaus (jatkohoito)
				1626	Asiantuntija -sairaanhoidon (jatkohoito)
1627	Jatkohoitoon liittyvä ohjaus	1628	Kirjallisten hoito-ohjeiden antaminen		
		1629	Omaisten informointi jatkohoitopaikkaan siirtymisestä		
1630	Kotona selviytymiseen liittyvä ohjaus	1631	Omaisten informointi kotiutuksesta		
		1632	Mahdollisia ongelmatilanteita varten annettu ohjaus		

Tunniste	KOMPONENTTI	Tunniste	Pääluokka	Tunniste	Alaluokka
		1633	Kuolevan potilaan hoitaminen	1634	Potilaan toiveiden toteuttaminen kuoleman lähestyessä
				1635	Kuolevan potilaan vierihoitaminen
				1636	Kuoleman merkkien toteuttaminen
		1637	Kuolevan potilaan läheisten tukeminen ja ohjaus		
		1638	Vainajasta huolehtiminen	1639	Omaiselle/läheiselle kuolemasta ilmoittaminen
				1640	Vainajan laitto
				1641	Vainajan vaatteiden luovuttaminen
				1642	Vainajan näyttö
				1643	Ohjeiden ja neuvojen antaminen omaiselle vainajan
				1644	Vainajan luovutuksen ja siirron järjestäminen
1645	Elämäntaari Elämän vaiheisiin liittyvät osatekijät	1646	Lisääntymisen hoito	1647	Hedelmällisyyden hoito
				1648	Hedelmättömyyden hoito
		1649	Ehkäisyneuvonta		
		1650	Perinnöllisyysneuvonta		
		1651	Raskauden aikainen ohjaus	1652	Synnytysvalmennus
		1653	Raskauden ja synnytyksen hoito	1654	Raskauden seuranta ja hoito
				1655	Synnytyksen käynnistymisen hoito
				1656	Synnytyksen seuranta ja hoito
				1657	Synnytyksen jälkeinen hoito
				1658	Raskauden keskeytymisen hoito
				1659	Imetyksen edistäminen
				1660	Imettävän äidin rintojen hoito
		1661	Synnytyksen aikainen ohjaus		
		1662	Imetyksen ohjaus		
		1663	länmukaisen kasvun ja kehityksen seuranta ja hoito		